



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

ANALISIS KEMAMPUAN RUMAH TANGGA UNTUK MENDAPATKAN PELAYANAN KESEHATAN DI SUMATERA BARAT

SKRIPSI



RICHA SYAPITRI
06 151 051

FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG 2010

FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS ANDALAS

TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

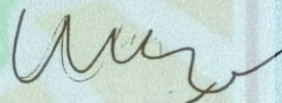
Dengan ini Dekan Fakultas Ekonomi, Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi, dan Pembimbing Skripsi menyatakan bahwa :

Nama : **Richa Syapitri**
No.BP : **06 151 051**
Program Studi : **Ekonomi Pembangunan**
Jurusan : **Ilmu Ekonomi**
Judul Skripsi : **Analisis Kemampuan Rumah Tangga Untuk Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Di Sumatera Barat**

Telah diseminarkan pada tanggal 27 Agustus 2010 dan telah disetujui dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku.

Padang, 15 Oktober 2010

Pembimbing Skripsi



Dra. Wahyuni Eloisa Marinda, ME

NIP. 195908181986032001


Mengetahui,

Dekan Fakultas Ekonomi
Universitas Andalas

Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi
Universitas Andalas

Prof. Dr. H.Syafruddin Karimi,SE,MA
NIP. 195410091980121001

Prof.Dr.H.FirwanTan,SE,M.Ec.DEA.Ing
NIP. 130.812.952

	No. Alumni Universitas	RICHA SYAPITRI	No. Alumni Fakultas
	BIODATA a) Tempat/Tanggal Lahir : Padang Panjang / 27 Juni 1988 b) Nama Orang Tua : Azwar & Indrayeti c) Fakultas : Ekonomi d) Jurusan : Ilmu Ekonomi e) No. BP : 06151051 f) Tanggal Lulus : 27 Agustus 2010 g) Predikat Lulus : Sangat Memuaskan h) IPK : i) Lama Studi : 4 Tahun h) Alamat Orang Tua : Jalan Syekh M. Jamil No. 66 Kelurahan Guguk malintang Kota Padang Panjang		

Analisis Pengaruh Kemampuan Rumah Tangga Untuk Mendapatkan Pelayanan Kesehatan di Sumatera Barat

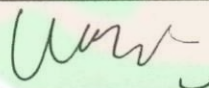
Skripsi S1 oleh: Richa Syapitri Pembimbing Skripsi: Dra. Wahyuni Eloisa Marinda, ME

Abstrak

Skripsi ini membahas tentang kemampuan rumah tangga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Sumatera Barat dengan menggunakan data Susenas 2007. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menghimpun karakteristik pembiayaan masyarakat dalam program pembangunan pada sektor sosial di bidang kesehatan berdasarkan data susenas 2007 yang tersedia dan mengetahui hubungan pendapatan rumah tangga dan pengeluaran kesehatan. Metodologi yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis deskriptif dengan menggunakan tabulasi silang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada fokus jenis asuransi yang digunakan, didapatkan hasil yang signifikan pada Akeskin, Kartu Sehat dan Lainnya, hal ini berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara kedua variabel tersebut. Sedangkan pada jenis asuransi KKB, terdapat hubungan yang tidak signifikan. Dalam Skripsi ini juga dibahas adanya hubungan pendapatan rumah tangga dan pengeluaran untuk kesehatan menggunakan uji statistik Chi Square pada beberapa jenis asuransi yang digunakan, seperti pada Akeskin, Kartu Sehat dan Lainnya, dan pada jaminan pembiayaan JPK PNS/ Pensiun, JPK/MM/Kartu Sehat/Gakin/ Kartu miskin, Asuransi Kesehatan Swasta, dan Jdana Sehat. Oleh sebab itu, dana program yang tersedia diharapkan lebih tepat sasaran dan mempunyai dampak terhadap peningkatan daya beli rumah tangga penerima fasilitas layanan kesehatan dan tidak menyebabkan mereka menarik diri dari mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga rumah tangga tidak ragu-ragu atau menunda memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia.

Skripsi telah dipertahankan di depan sidang penguji dan dinyatakan lulus pada tanggal : 27 Agustus 2010

Abstrak telah disetujui oleh :

Tanda Tangan	1. 	2.	3.
Nama Terang	Dra. Wahyuni Eloisa Marinda, ME (Pembimbing)	Yulia Anas, SE, M.Si (Pembahas I)	Edi Ariyanto, SE, M.Si (Pembahas II)

Mengetahui,
Ketua Jurusan

Prof. Dr. H. Firwan Tan, SE, M.Ec. DEA. Ing

NIP. 130 812 952

Tanda Tangan

Alumnus telah mendaftar ke fakultas/universitas dan mendapat nomor alumnus :

	Petugas Fakultas/Universitas	
No. Alumni Fakultas	Nama	Tanda Tangan
No. Alumni Universitas	Nama	Tanda Tangan

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah serta kekuatan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“ANALISIS KEMAMPUAN MEMBAYAR RUMAH TANGGA UNTUK MENDAPATKAN PELAYANAN KESEHATAN DI SUMATERA BARAT”**. Salawat dan salam penulis kepada Nabi besar Muhammas SAW, Allahumma Shalli’ala Muhammad wa’ala’ali Muhammad.

Terwujudnya skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak yang telah mendorong dan membimbing penulis, baik tenaga, ide-ide, maupun pemikiran. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Dra. Wahyuni Eloisa Marinda selaku pembimbing skripsi yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing penulis melalui diskusi, masukan , arahan, serta kesabaran dan perhatian Ibu selama penulis menyelesaikan skripsi
2. Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Andalas Bapak Prof. Dr. H. Syafruddin Karimi, SE, MA
3. Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi Fakultas Ekonomi Universitas Andalas Bapak Prof. Dr. Firwan Tan, SE, M.Ec, DEA.Ing.
4. Kepala Program Studi Jurusan Ilmu Ekonomi Universitas Andalas Bapak Febriandi Prima Putra, SE, M.Si.
5. Ibu Yulia Anas, SE, M.Si dan Bapak Edi Ariyanto, SE, M.Si selaku pembahas skripsi yang telah memberikan arahan dan petunjuk dalam penulisan skripsi.

6. Bapak-Bapak dan Ibu-Ibu staff pengajar di Fakultas Ekonomi Universitas Andalas yang telah membantu penulis selama proses menuntut ilmu di Jurusan Ilmu Ekonomi Universitas Andalas.
7. Seluruh karyawan dan karyawan yang telah membantu kelancaran proses administrasi di lingkungan Fakultas Ekonomi Universitas Andalas.
8. Dengan segala ketulusan hati dan rasa cinta, persembahkan dan rasa terima kasih yang sangat istimewa dari penulis kepada orang tua dan adik-adik yang penulis sayang, yang telah memberikan dorongan moril maupun materil untuk menyelesaikan skripsi ini.
9. Teman-teman Jurusan Ilmu Ekonomi 2006 yang telah memberikan motivasi dalam pembuatan skripsi ini.
10. Semua pihak yang terkait yang telah membantu penulis menyelesaikan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga segala bantuan yang tidak ternilai harganya ini mendapat imbalan di sisi Allah SWT sebagai amal ibadah, Amin.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik saran yang membangun dari berbagai pihak sangat penulis harapkan demi perbaikan-perbaikan ke depan. *Amin Yaa Rabbal 'Alamiin*

Padang, Oktober 2010

Penulis

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI

DAFTAR GRAFIK

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	7
1.3 Tujuan dan Manfaat Penelitian	7
1.4 Ruang Lingkup Penelitian.....	8
1.5 Sistematika Penulisan	8

BAB II KERANGKA TEORI

2.1 Landasan Teoritis	
2.1.1 Permintaan Pelayanan Kesehatan	14
2.1.2 Pendekatan Sistem Pembiayaan Kesehatan.....	17
2.2 Tinjauan Pustaka	26

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Data dan Sumber Data	29
3.2 Pembentukan Model	29
3.3 Definisi Operasional Variabel	31
3.4 Metode Analisis Data.....	32
3.5 Uji Statistik	32

BAB IV GAMBARAN UMUM

4.1 Gambaran Umum Propinsi Sumatera Barat	34
4.2 Pengeluaran Kesehatan Rumah Tangga di Sumatera Barat	35
4.3Pendapatan Rumah Tangga Menurut Propinsi Sumatera Barat	37
4.4 Ringkasan.....	38

BAB V

TEMUAN DAN DISKUSI

5.1 Hubungan Pendapatan dan Pengeluaran Kesehatan..... 39

5.1.1 Hubungan Pendapatan dan Pengeluaran Kesehatan Rumah
Tangga Menurut jenis Kartu pelayanan Gratis Yang
Digunakan..... 43

5.1.2 Hubungan Pendapatan dan Pengeluaran Kesehatan Rumah
Tangga Menurut tersedia Jaminan Pembiayaan 49

5.2 Ringkasan Temuan..... 56

BAB VI

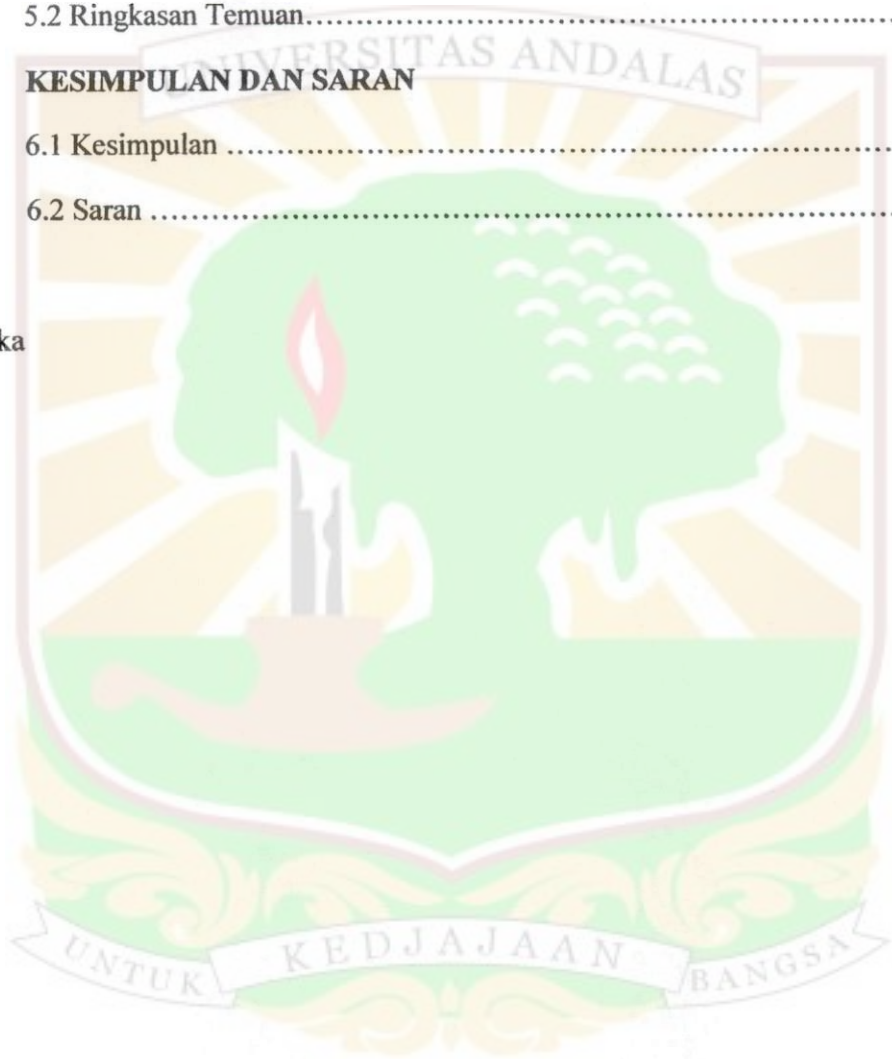
KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan 60

6.2 Saran 61

Daftar Pustaka

Lampiran



DAFTAR GRAFIK

Grafik 4.1	Quartil Pengeluaran Kesehatan Rumah tangga Di Sumatera Barat	35
Grafik 4.2	Quartil Pendapatan Rumah Tangga di Propinsi Sumatera Barat.....	37
Grafik 5.1	Quantil Pendapatan Rumah Tangga Dan Quantil Pengeluaran Kesehatan	39
Grafik 5.2	Jenis Kartu Pelayanan Gratis Yang Digunakan = Askeskin	43
Grafik 5.3	Jenis Kartu Pelayanan Gratis Yang Digunakan =KKB.....	45
Grafik 5.4	Jenis Kartu Pelayanan Gratis Yang Digunakan = Kartu Sehat	46
Grafik 5.5	Jenis Kartu Pelayanan Gratis Yang Digunakan = Lainnya	48
Grafik 5.6	Tersedia jaminan pembiayaan = JPK PNS/Pensiun	49
Grafik 5.7	Tersedia jaminan pembiayaan = Tunjangan Dari Perusahaan	50
Grafik 5.8	Tersedia jaminan pembiayaan = JPK MM/Kartu sehat/JPK Gakin/Kartu miskin	51

Grafik 5.9 Tersedia jaminan pembiayaan = JPK Jamsostek 52

Grafik 5.10 Tersedia Jaminan Pembiayaan = Asuransi Kesehatan Swasta 53

Grafik 5.11 Tersedia jaminan pembiayaan = JDana Sehat 54

Grafik 5.12 Tersedia jaminan pembiayaan = JPKM/JPK lainnya 55



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Tabel frekuensi pengeluaran kesehatan
- Lampiran 2 Tabel frekuensi pendapatan rumah tangga
- Lampiran 3 Quartil Pengeluaran Kesehatan *Propinsi Crosstabulation
- Lampiran 4 Quartil Pendapatan Rumah Tangga * Propinsi Crosstabulation
- Lampiran 5 Quartil Pengeluaran Kesehatan* Quartil Pendapatan Rumah Tangga * Propinsi
Crosstabulation
- Lampiran 6 Quartil Pengeluaran Kesehatan* Quartil Pendapatan Rumah Tangga *
Propinsi* Jenis Kartu Yang Digunakan Crosstabulation
- Lampiran 7 Quartil Pengeluaran Kesehatan* Quartil Pendapatan Rumah Tangga *
Propinsi* Tersedia Jaminan Pembiayaan Crosstabulation
- Lampiran 8 Hubungan Pendapatan Rumah Tangga Dan Pengeluaran Rumah Tangga di
Propinsi Sumatera Barat
- Lampiran 9 Hubungan Pendapatan Rumah Tangga Dan Pengeluaran Rumah Tangga
di Propinsi Sumatera Barat Menurut Jenis Asuransi Yang Digunakan
- Lampiran 10 Hubungan Pendapatan Rumah Tangga Dan Pengeluaran Rumah Tangga di
Propinsi Sumatera Barat Menurut Jaminan Pembiayaan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatan, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Tetapi kenyataan yang terjadi, derajat kesehatan masyarakat miskin masih rendah, hal ini tergambarkan dari angka kematian bayi kelompok masyarakat miskin tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin. Masyarakat miskin biasanya rentan terhadap penyakit dan mudah mengalami penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya kebersihan lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih masyarakat yang belum membudaya, dan pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang umumnya masih rendah.

Derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 Tahun (BPS 2007). Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini

dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran out of pocket, dan kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak awal Agenda 100 hari Pemerintahan Kabinet Indonesia Bersatu telah berupaya untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Pelayanan kesehatan untuk masyarakat merupakan hak asasi manusia yang harus dilaksanakan negara. Pemerintah harus melaksanakan prinsip-prinsip *good governance* dalam melaksanakan pelayanan publik termasuk pelayanan kesehatan. Prinsip tersebut mencakup keadilan, responsivitas dan efisiensi pelayanan. Dalam penyelenggaraan pelayanan publik, pemenuhan prinsip keadilan dilihat dari kemampuan pemerintah untuk memberikan perlakuan yang sama dan adil kepada warganya dalam penyelenggaraan pelayanan publik termasuk pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin (Thompson, 1989). Tata pemerintahan yang baik mengharuskan pemerintah baik pusat maupun daerah menjamin warganya untuk

memperoleh akses dan kualitas yang sama dalam pelayanan publik termasuk di dalamnya pelayanan kesehatan.

Di banyak negara berkembang sebagian besar subsidi atau anggaran pemerintah dialokasikan bagi rumah sakit vertikal yang berada di kota besar. Mengingat bahwa sebagian besar pasien adalah orang yang mampu maka mau tidak mau subsidi pemerintah lebih banyak dinikmati oleh penduduk kaya. Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, masyarakat dengan status ekonomi lebih tinggi mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan lebih baik dibandingkan dengan mereka dengan status ekonomi yang rendah.

Pembangunan kesehatan yang dicanangkan berdasarkan sistem Kesehatan Nasional bertujuan agar tercapainya pelayanan yang berkeadilan, merata, terjangkau, dan sesuai dengan kebutuhan. Masyarakat pengguna pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta semakin menuntut pelayanan yang bermutu. Tidak dapat dipungkiri bahwa kini pasien semakin kritis terhadap pelayanan kesehatan dan menuntut keamanannya (Sulastomo, 2005).

Upaya untuk memperbaiki kesehatan adalah tindakan ekonomi yang dilakukan oleh rumah tangga yang berdampak ganda. Dampak pertama adalah untuk memperlambat proses penyusutan (*depreciation process*) terhadap stok modal manusia. Diasumsikan dengan perawatan kesehatan yang baik, tingkat penyusutan modal manusia melambat, melambatnya penyusutan modal manusia diperlihatkan dari kondisi fisik dan non fisik. Sebaliknya jika tingkat penyusutannya tinggi, maka nilai stok manusia relatif rendah, terlihat dari pendeknya usia harapan hidup, seringnya waktu produktif hilang akibat gangguan kesehatan dan bentuk-bentuk keluhan non fisik lainnya. Dampak kedua sejalan

dengan perbaikan kesehatan adalah meningkatnya nilai utilitas yang dirasakan oleh individu beserta anggota keluarga lainnya (Elfindri, 2003). Banyak bukti yang memperlihatkan bahwa perbaikan status kesehatan manusia adalah salah satu bentuk investasi yang menghasilkan pengembalian individu maupun sosial yang relatif besar (Elfindri, 2003).

Pelayanan kesehatan menurut Aswar tahun 1988 dalam Tribun Makassar, (2008) yakni setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, kelompok serta masyarakat. Berbagai fakta menunjukkan adanya masalah serius dalam mutu pelayanan kesehatan di Indonesia. Hal ini disebabkan karena belum adanya sistem pengendali mutu terbaik yang dapat diterapkan. Pemahaman secara lebih mendalam tentang "*Good Governance*" merupakan salah satu upaya terhadap perwujudan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu (Laksono, 2005).

Agar pemerintah daerah kabupaten/kota memiliki fungsi dalam pembangunan dan tujuan yang diharapkan dapat tercapai, maka pemerintah daerah kabupaten/kota berwenang melaksanakan pembangunan di daerah dalam rangka penyelenggaraan pemerintah daerah untuk mengurus rumah tangganya sendiri. Bahwa pemerintah daerah bukan hanya berperan dalam hal keuangan tapi juga berperan dalam penentuan pilihan supaya masyarakat memperoleh kesejahteraan (Siddik, 2002).

Dalam upaya peningkatan kesejahteraan dan pendapatan masyarakat, pemerintah telah mengambil berbagai kebijakan melalui program asuransi kesehatan. Maksudnya adalah untuk memberikan subsidi pada keluarga miskin

dengan jalan membebaskan keluarga miskin dari biaya yang mesti dibayar ketika mereka ingin mendapatkan pelayanan kesehatan dari sistem layanan kesehatan pemerintah yang tersedia.

Akan tetapi muncul berbagai komentar terhadap program ini (Booth, 1999). Salah satu kritik adalah program ini masih diupayakan lebih efektif bilamana tepat sasaran atau target groupnya jelas. Komentar ini beralasan mengingat seharusnya yang menerima program asuransi kesehatan adalah masyarakat yang secara ekonomi tidak mampu membiayai upaya kesehatan untuk dirinya, dan mereka yang paling besar menerima dampak ekonomi. Ada dugaan pemerintah memiliki informasi yang terbatas terhadap target group termasuk diantaranya indikator yang digunakan untuk penerima subsidi pemerintah.

Pemerintah karenanya mesti bekerja keras untuk meningkatkan pendapatan pemerintah dan pada saat yang bersamaan memprioritaskan pengeluaran pada perawatan infrastruktur, pada pelayanan kesehatan dasar dan pendidikan bagi mereka yang benar-benar memerlukan pelayanan namun tidak memiliki atau kurang kesanggupan membayar, serta mendorong mereka yang memiliki kesanggupan untuk berperan aktif (Booth, 1999).

Penggunaan layanan kesehatan oleh rumah tangga merupakan merupakan suatu kebutuhan memperbaiki status kesehatan atau untuk mencapai status kesehatan yang lebih tinggi yang mana hal ini mungkin didorong oleh adanya keinginan untuk menikmati hidup yang sebaik mungkin dibandingkan bila mereka mengalami gangguan kesehatan, atau dalam terminologi Bradshaw (1972) dikenal dengan istilah *expressed need*. Akan tetapi adanya harga yang mesti dibayar untuk

mendapatkan pelayanan menyebabkan akses yang beragam, khususnya bagi yang tergolong keluarga miskin.

Adanya kebijakan pemerintah menyediakan subsidi yang diperuntukkan bagi keluarga miskin menjadi penyelidikan terhadap bagaimana karakteristik target group program pembangunan sosial bidang kesehatan sehingga salah satu kritik program itu masih dapat diupayakan lebih efektif bila target group sebagai penerima program jelas dan tepat sasaran menarik dilakukan.

Sumatera Barat diduga memiliki kepentingan dengan isu ini, dimana ada kecendrungan garis kemiskinan meningkat. Sumatera Barat pada maret 2007 memiliki garis kemiskinan sebesar Rp 213.942 di kota, Rp 163.301 didesa, dan Rp 180.669 dikota dan didesa. Dan pada Maret 2008 meningkat menjadi Rp 226.343 dikota, Rp 179.755 didesa, dan Rp 195.733 dikota dan didesa (BPS Indonesia). Hal ini diperkirakan karena faktor ekonomi masyarakat yang belum pulih pasca gempa Sumatera Barat tahun 2007.

Tersedianya data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) untuk Sumatera Barat sebagai sumber informasi terbaru kondisi sosial ekonomi menjadi motivasi untuk melakukan penelitian ini.

Sebagaimana diutarakan oleh Mosley dan Chen (1984) bahwa rumah tangga bukanlah penerima pasif dari program pemerintah. Manfaat yang mereka peroleh diderivasi dari sumber-sumber daya yang dimiliki dan informasi yang mereka kombinasikan serta teknologi kesehatan yang tersedia (Dalam Alderman dan Victor Lavy, 1996).

Berdasarkan alasan-alasan diatas maka penulis tertarik untuk memilih judul penelitian untuk skripsi ini : **“Analisis Kemampuan Rumah Tangga Untuk Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Di Sumatera Barat”**.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka secara umum dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana pengaruh pendapatan rumah tangga terhadap pengeluaran untuk kesehatan?
2. Bagaimana karakteristik pembiayaan masyarakat dalam program pembangunan sektor sosial dibidang kesehatan berdasarkan data susenas 2007 yang tersedia?

1.3 Tujuan dan Manfaat Penelitian

Adapun yang menjadi tujuan dalam penelitian ini adalah :

1. Mengetahui hubungan pendapatan rumah tangga terhadap pengeluaran untuk kesehatan.
2. Menghimpun karakteristik pembiayaan masyarakat dalam program pembangunan pada sektor sosial di bidang kesehatan berdasarkan data susenas 2007 yang tersedia.

Dari penelitian ini, diharapkan akan diperoleh karakteristik rumah tangga yang berisiko tinggi tidak mendapatkan pelayanan kesehatan dari sistem layanan kesehatan pemerintah, sehingga dapat dijadikan pedoman untuk menentukan target group program pembangunan sektor sosial bidang kesehatan dalam mengatasi dampak kemiskinan pasca gempa yang akan dilaksanakan dimasa mendatang, serta akses kelompok miskin terhadap layanan kesehatan pemerintah

tidak terhambat dan alokasi sumber daya khususnya dana program dapat lebih efektif dan tepat sasaran.

1.4 Ruang Lingkup Penelitian

Untuk dapat menghimpun karakteristik target group, maka penulis membatasi ruang lingkup penelitian dengan menganalisis pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan yang yang dihubungkan dengan pendapatan rumah tangga, sekaligus mengetahui hubungan antar kedua variabel tersebut, selanjutnya difokuskan kepada rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang menggunakan kartu asuransi kesehatan.

Penelitian lebih dititikberatkan pada hubungan variabel pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan dan pendapatan rumah tangga dalam menghimpun karakteristik target group karena salah satu sumber pembiayaan kesehatan adalah pengeluaran langsung rumah tangga, dan bentuk ini lebih umum terjadi serta dipandang sebagai salah satu sumber yang penting (Tjiptoherijanto dan Soesetyo, 1994).

Daerah penelitian ini adalah di Sumatera Barat, secara keseluruhan yang terdiri dari 19 kabupaten / kota di Sumatera Barat

1.5 Sistematika Penulisan

Secara garis besar, penulisan skripsi ini terdiri dari enam bab dengan sistematika sebagai berikut :

BAB I : PENDAHULUAN

Berisi dasar pemilihan judul, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian, rumusan masalah, ruang lingkup penelitian, dan sistematika penulisan

BAB II : KERANGKA TEORI

Berisi konsep kebutuhan dan permintaan terhadap layanan kesehatan, pendekatan sistem layanan kesehatan, ringkasan penelitian terdahulu mengenai permintaan layanan kesehatan.

BAB III : METODOLOGI

Berisi tentang metodologi penelitian yang terdiri dari data dan sumber data, model dan analisis data dan metode analisis yang digunakan.

BAB IV : GAMBARAN UMUM PENELITIAN

Berisi tentang gambaran umum daerah penelitian berdasarkan data Sumatera Barat dalam Angka. Pengeluaran kesehatan dan pendapatan rumah tangga dari data Susenas 2007 Sumatera Barat.

BAB V : HASIL DAN PEMBAHASAN

Berisi hasil analisis data dan pembahasannya.

BAB VI : IMPLIKASI DAN KEBIJAKAN

Berisi kesimpulan hasil penelitian dan implikasi kebijakan berdasarkan hasil penelitian tersebut.

BAB II

Kerangka Teori

2.1 Landasan Teoritis

Ilmu ekonomi adalah suatu studi tentang bagaimana individu atau masyarakat membuat pilihan dengan atau tanpa penggunaan uang, mendayagunakan sumber daya produktif yang langka yang memiliki alternatif penggunaan untuk menghasilkan bermacam barang dan mendistribusikannya untuk keperluan konsumsi masa kini dan masa mendatang bagi individu atau kelompok-kelompok dalam masyarakat. Ilmu ekonomi juga menganalisis semua biaya dan manfaat dari perbaikan pola alokasi sumber daya yang ada (Samuelson, 1979).

Dengan mendasarkan pada lingkup pengertian diatas maka ilmu ekonomi itu sendiri pada dasarnya adalah ilmu tentang pilihan, yaitu pilihan tentang komoditi apa yang perlu diproduksi sesuai kebutuhan manusia, bagaimana memproduksi, dan bagaimana distribusinya, bagaimana konsumsinya serta berapa besar manfaatnya dalam kaitan keterbatasan sumber daya.

Dalam melakukan analisis cara-cara individu atau masyarakat membuat pilihan, diasumsikan bahwa bahwa pilihan-pilihan mereka dipertimbangkan secara rasional yang dilatarbelakangi oleh adanya kelengkapan informasi yang dimiliki atas barang atau jasa yang akan dikonsumsi, adanya consumer sovereignty. Berdasarkan pemisalan ini maka dalam menggunakan sumber-sumber daya individu atau masyarakat akan berusaha memaksimumkan kepuasan atau kemakmurannya.

Permintaan seseorang atau masyarakat terhadap suatu barang atau jasa ditentukan oleh sejumlah faktor. Diantara faktor-faktor yang mempengaruhi tersebut adalah :

1. Harga barang itu sendiri

Hubungan harga barang itu sendiri dengan permintaan dijelaskan melalui hukum permintaan yang pada hakikatnya merupakan suatu hipotesa : “makin rendah harga suatu barang, makin banyak permintaan atas barang tersebut, dan sebaliknya semakin tinggi harga suatu barang makin sedikit permintaan atas barang tersebut”, *ceteris paribus* faktor lainnya.

2. Harga barang lain yang mempunyai kaitan erat dengan barang tersebut.

Harga barang substitusi dapat mempengaruhi permintaan atas barang yang dapat digantikannya. Sekiranya harga barang pengganti relatif bertambah murah maka barang yang dapat digantikannya akan mengalami penurunan permintaan, begitu pula sebaliknya, ini karena konsumen akan memilih barang yang harganya relatif murah dengan kegunaan yang sama, seperti harga kopi dan harga teh dengan asumsi konsumen dengan menyukai kedua komoditi tersebut untuk minuman.

Harga barang komplementer mempengaruhi permintaan terhadap suatu barang arahnya sejalan, maksudnya penurunan harga suatu barang akan diikuti penurunan harga barang komplementer, begitu pula sebaliknya kenaikan harga suatu barang akan menyebabkan pula kenaikan harga barang komplementer seperti harga teh dan harga gula, dimana gula merupakan komplemen teh.

3. Pendapatan rumah tangga dan pendapatan rata-rata masyarakat

Pendapatan rumah tangga merupakan faktor yang menentukan corak permintaan berbagai barang. Perubahan pendapatan akan menimbulkan perubahan permintaan atas berbagai jenis barang, dimana kenaikan pendapatan akan menyebabkan pertambahan permintaan atas suatu barang, asumsi jenis barang normal ; mengurangi permintaan atas suatu barang jenis barang inferior.

4. Corak distribusi pendapatan dalam masyarakat.

Distribusi pendapatan dalam suatu perekonomian turut menentukan permintaan terhadap berbagai jenis barang, misalnya distribusi pendapatan yang timpang, dimana kelompok masyarakat "*the poorest group*" menerima kurang dari 12 % pendapatan nasional berdasarkan standar ketimpangan World Bank dan apabila mereka merupakan kelompok mayoritas penduduk maka barang-barang yang diminta tentunya akan disesuaikan dengan kemampuan membayar kelompok tersebut.

5. Cita rasa masyarakat

Cita rasa masyarakat atau selera, yang berkaitan dengan preferensi konsumen dalam memilih barang yang akan dikonsumsi merupakan faktor non harga, perubahan selera akan mempengaruhi perubahan permintaan atas suatu barang.

6. Jumlah penduduk

Jumlah penduduk yang bertambah dalam suatu perekonomian dengan asumsi pendapatan perkapita konstan menyebabkan kenaikan jumlah pembeli dipasar sehingga akan mempengaruhi permintaan terhadap berbagai jenis barang di pasar.

7. Ramalan mengenai keadaan dimasa yang akan datang.

Akan tetapi dalam penerapannya dibidang kesehatan, ilmu ekonomi memerlukan penyesuaian karena sejumlah asumsi-asumsi tertentu tidak seluruhnya berlaku apabila diaplikasikan untuk membahas fenomena ekonomi sektor kesehatan. Untuk permintaan disektor kesehatan, terdapat ciri khusus diantaranya adalah sebagai berikut (Ascobat Gani, 1993) :

1. Kejadian penyakit tidak terduga (uncertainty)

Berbeda dengan pengetahuan orang tentang kebutuhannya akan berbagai komoditi ekonomi lainnya, umumnya orang tidak banyak bisa menduga tentang penyakit apa yang dialaminya dimasa yang akan datang, sehingga tidak diketahui secara pasti pelayanan apa yang ia butuhkan. Adanya ketidakpastian ini berarti seseorang menghadapi suatu resiko akan sakit dan oleh sebab itu mesti mengeluarkan biaya pengobatan dalam alokasi pendapatan yang dimiliki.

2. Ketidapahaman konsumen (consumer ignorance)

Ciri yang sangat khusus adalah besarnya ketergantungan konsumen pada penyedia pelayanan kesehatan. Hal ini karena pada umumnya konsumen tidak tau banyak tentang jenis pemeriksaan dan pengobatan yang diperlukannya. Penyedialah yang menentukan jenis dan volume pelayanan yang perlu dikonsumsi dan dibayar oleh konsumen terlepas dari pertimbangan biaya dan kemampuan konsumen / pasien.

3. Sehat dan pelayanan kesehatan sebagai hak

Para politisi dan pakar ilmu sosial termasuk ekonom dan profesional kesehatan berpendapat bahwa makan, pakaian, tempat tinggal dan hidup

sehat adalah elemen kebutuhan dasar manusia yang senantiasa harus dipenuhi, terlepas dari kemampuan membayarnya. Hal ini menyebabkan pelayanan kesehatan sering sekali dilakukan atas dasar kebutuhan (*need*) dan bukan atas dasar permintaan (*demand*). Ini pulalah yang menyebabkan isu pemerataan sangat menonjol dalam penyediaan pelayanan kesehatan. Kebijakan dan program untuk menyesuaikan tarif pelayanan kesehatan senantiasa memperhatikan aspek pemerataan tersebut, dan pemikiran untuk melakukan subsidi, termasuk pemikiran subsidi silang adalah juga dalam rangka menjamin hak masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, khususnya bagi yang tidak mampu secara ekonomi.

4. Eksternalitas.

Eksternalitas yang merupakan imbas dari suatu aktivitas pemanfaatan sumber daya yang dinikmati oleh orang lain selain pelaku tanpa harus mengeluarkan biaya untuk mendapatkannya. Sifat ini menjadi ciri dari sektor kesehatan yang menyebabkan adanya perdebatan apakah pelayanan kesehatan merupakan barang publik atau barang swasta, karena penentuan ini akan turut mempengaruhi bagaimana pelayanan akan dilakukan dan dibiayai secara kolektif untuk kepentingan bersama masyarakat atau secara sendiri-sendiri oleh individu.

2.1.1 Permintaan Pelayanan Kesehatan

Ada dua pendekatan yang lazim digunakan untuk membahas permintaan terhadap pelayanan kesehatan. Pertama adalah *the agency relationship* atau juga dikenal *supplier induced demand model*. Pendekatan kedua adalah *investment model* yang diajukan Grossman.

Kedua pendekatan tersebut mempunyai pendekatan yang berbeda dalam merumuskan model permintaan terhadap pelayanan kesehatan. Perbedaan yang utama terletak pada asumsinya tentang kedudukan pasien dalam model permintaan tersebut. Pada pendekatan pertama mengatakan bahwa pasien amatlah kecil peranannya dibandingkan ahli kesehatan atau dokter dalam membentuk permintaan. Sementara Grossman (1972) mengatakan si pasien memiliki cukup informasi dan kebebasan dalam menentukan permintaan pelayanan kesehatan.

Permintaan menurut model *agency relationship*, ada hubungan dengan kebutuhan dan keterkaitannya rumit. Hal ini dijelaskan sebagai berikut:

1. Sebagai individu kita semua sering mempunyai keinginan kesehatan yang lebih baik yang kita miliki saat ini.
2. Sebagian dari kita tidak melakukan apapun dengan keinginan tadi, dan sebagian lagi aktif berusaha memperoleh pelayanan kesehatan misalnya dengan secara rutin melakukan kontrol kepada dokter pribadi dan sebagainya.
3. Terkadang para dokter tersebut tidak sependapat dengan kita tentang penilaian keinginan atau permintaan. Para dokter tersebut mengatakan bahwa beberapa keinginan atau permintaan kita tidak selalu membutuhkan perawatan. Atau ada beberapa aspek kesehatan yang lebih baik kita perhatikan namun luput dari perhatian kita. Dan sebenarnya justru itu yang memerlukan perawatan.

Tentunya sumber dari permintaan adalah keinginan, meskipun tidak semua keinginan diwujudkan sebagai permintaan. Tentunya juga beberapa permintaan

dan keinginan dinilai sebagai kebutuhan, namun tidak semua kebutuhan akan ditampung kedalam keinginan dan permintaan. Dengan demikian ada sumber kebutuhan yang sama sekali terpisah dari permintaan maupun keinginan tadi; maksudnya ahli kesehatan mungkin saja menentukan kebutuhan tertentu yang tidak termasuk kedalam permintaan maupun keinginan. Mungkin saja kebutuhan adalah : yang diinginkan dan dibutuhkan, tidak dibutuhkan dan diinginkan, atau tidak kedua-duanya.

Permintaan terhadap pelayanan kesehatan dapat diartikan bertemunya kesehatan. Dan bila diperhatikan faktor-faktor yang turut mempengaruhi antara lain adalah suatu kumpulan faktor sosial demografi seperti usia, pendidikan, jenis kelamin dan status kesehatan; sekumpulan faktor ekonomi seperti masalah moneter (misalnya pembayaran jasa pengobatan, biaya obat, dan transportasi) serta aspek dan non-moneter seperti biaya waktu mencari pelayanan kesehatan (Tjiptoherijanto dan Soesetyo, 1994).

Ongkos tidak langsung dari perawatan kesehatan, seperti biaya transportasi dan *opportunity cost* dari waktu, adalah komponen utama dari seluruh biaya yang dihadapi konsumen, dan oleh sebab itu pengenaan biaya pelayanan untuk lebih mendapat akses pelayanan dengan mengurangi biaya tak langsung dapat diterima dengan baik oleh konsumen. Rumah tangga yang berpendapatan rendah menilai perluasan jasa-jasa ini secara relatif lebih dan akan bersedia membayar non-negligible fees dalam pungutan atas pelayanan untuk manfaat ini. Penyediaan obat-obatan adalah karakteristik utama lainnya dari kualitas yang diterima konsumen, dan menjaga stok obat-obatan pada tingkat yang mencukupi semestinya menjadi prioritas. Akhirnya, dampak pemanfaatan dan kesediaan

membayar untuk peningkatan kualitas adalah lebih besar pada saat berbagai ciri khas kualitas ditingkatkan secara simultan (Alderman dan Lavy, 1996).

2.1.2 Pendekatan Sistem Pembiayaan Kesehatan

Sistem pembiayaan kesehatan didefinisikan sebagai suatu sistem yang mengatur tentang besar dan alokasi dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut, yaitu :

1. Penyedia pelayanan kesehatan, merupakan besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan.
2. Pemakai jasa pelayanan, yang dimaksud dengan biaya kesehatan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan.

Jumlah dana pembiayaan harus cukup untuk membiayai upaya kesehatan yang telah direncanakan. Bila biaya tidak mencukupi maka jenis dan bentuk pelayanan kesehatannya harus diubah sehingga sesuai dengan biaya yang disediakan. Distribusi atau penyebaran dana perlu disesuaikan dengan prioritas. Suatu perusahaan yang unit kerjanya banyak dan tersebar perlu ada perencanaan alokasi dana yang akurat.

Sumber dana biaya kesehatan berbeda pada beberapa negara, namun secara garis besar berasal dari :

1. Bersumber dari anggaran pemerintah.

Pada sistem ini, biaya dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah. Pelayanannya diberikan secara

cuma-cuma oleh pemerintah sehingga sangat jarang penyelenggaraan pelayanan kesehatan disediakan oleh pihak swasta. Untuk negara yang kondisi keuangannya belum baik, sistem ini sulit dilaksanakan karena memerlukan dana yang sangat besar.

2. Bersumber dari anggaran masyarakat.

Dapat berasal dari individual ataupun perusahaan. Sistem ini mengharapkan agar masyarakat (swasta) berperan aktif secara mandiri dalam penyelenggaraan maupun pemanfaatannya. Hal ini memberikan dampak adanya pelayanan-pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak swasta, dengan fasilitas dan penggunaan alat-alat berteknologi tinggi disertai peningkatan biaya pemanfaatan atau penggunaannya oleh pihak pemakai jasa layanan kesehatan tersebut.

3. Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri.

Sumber pembiayaan kesehatan, khususnya untuk penatalaksanaan penyakit – penyakit tertentu cukup sering diperoleh dari bantuan biaya pihak lain, misalnya oleh organisasi sosial ataupun pemerintah negara lain.

4. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat.

Sistem ini banyak diadopsi oleh negara-negara di dunia karena dapat mengakomodasi kelemahan – kelemahan yang timbul pada sumber pembiayaan kesehatan sebelumnya. Tingginya biaya kesehatan yang dibutuhkan ditanggung sebagian oleh pemerintah dengan menyediakan layanan kesehatan bersubsidi. Sistem ini juga menuntut peran serta masyarakat dalam memenuhi biaya kesehatan yang dibutuhkan dengan mengeluarkan biaya tambahan.

Suatu biaya kesehatan yang baik haruslah memenuhi beberapa syarat pokok yaitu:

1. Jumlah.

Syarat utama dari biaya kesehatan haruslah tersedia dalam jumlah yang cukup. Yang dimaksud cukup adalah dapat membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya.

2. Penyebaran.

Berupa penyebaran dana yang harus sesuai dengan kebutuhan. Jika dana yang tersedia tidak dapat dialokasikan dengan baik, niscaya akan menyulitkan penyelenggaraan setiap upaya kesehatan.

3. Pemanfaatan.

Sekalipun jumlah dan penyebaran dana baik, tetapi jika pemanfaatannya tidak mendapat pengaturan yang optimal, niscaya akan banyak menimbulkan masalah, yang jika berkelanjutan akan menyulitkan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Untuk dapat melaksanakan syarat – syarat pokok tersebut perlu dilakukan beberapa hal, antara lain :

1. Peningkatan efektifitasnya.

Peningkatan efektifitas dilakukan dengan mengubah penyebaran atau alokasi penggunaan sumber dana. Berdasarkan pengalaman yang dimiliki, maka alokasi tersebut lebih diutamakan pada upaya kesehatan yang menghasilkan dampak yang lebih besar, misalnya mengutamakan upaya pencegahan, bukan pengobatan penyakit.

2. Peningkatan efisiensi.

Peningkatan efisiensi dilakukan dengan memperkenalkan berbagai mekanisme pengawasan dan pengendalian.

Mekanisme yang dimaksud untuk peningkatan efisiensi antara lain:

1. Standar minimal pelayanan.

Tujuannya adalah menghindari pemborosan. Pada dasarnya ada dua macam standar minimal yang sering dipergunakan yakni:

- Standar minimal sarana, misalnya standar minimal rumah sakit dan standar minimal laboratorium.
- Standar minimal tindakan, misalnya tata cara pengobatan dan perawatan penderita, dan daftar obat-obat esensial. Dengan adanya standar minimal pelayanan ini, bukan saja pemborosan dapat dihindari dan dengan demikian akan ditingkatkan efisiensinya, tetapi juga sekaligus dapat pula dipakai sebagai pedoman dalam menilai mutu pelayanan.

2. Kerjasama.

Bentuk lain yang diperkenalkan untuk meningkatkan efisiensi ialah memperkenalkan konsep kerjasama antar berbagai sarana pelayanan kesehatan. Terdapat dua bentuk kerjasama yang dapat dilakukan yakni:

- Kerjasama institusi, misalnya sepakat secara bersama-sama membeli peralatan kedokteran yang mahal dan jarang dipergunakan. Dengan pembelian dan pemakaian bersama ini dapat dihematkan dana yang tersedia serta dapat pula dihindari

penggunaan peralatan yang rendah. Dengan demikian efisiensi juga akan meningkat

- o Kerjasama sistem, misalnya sistem rujukan, yakni adanya hubungan kerjasama timbal balik antara satu sarana kesehatan dengan sarana kesehatan lainnya.

Masalah pokok yang sering ditemui dalam pembiayaan kesehatan :

1. Kurangnya dana yang tersedia

Kurangnya dana sering terkait dengan masih kurangnya kesadaran pengambil keputusan akan pentingnya arti kesehatan. Kebanyakan pengambil keputusan menganggap pelayanan dan pemeliharaan kesehatan hanyalah beban yang bersifat konsumtif dan tidak bersifat produktif, sehingga kurang mendapat prioritas.

2. Penyebaran dana yang tidak sesuai

Perbedaan fasilitas yang diberikan kepada karyawan yang dilihat dari sudut lama masa kerja, jabatan/golongan, terkadang menimbulkan masalah tersendiri, terlebih lagi adanya kecenderungan dari karyawan dengan jabatan yang tinggi, lebih memilih dan menuntut fasilitas yang lebih baik pula.

3. Pemanfaatan dana yang tidak tepat

Selama ini banyak tumbuh sifat-sifat boros dalam pola konsumsi pelayanan kesehatan, baik dari sisi penyelenggara pelayanan kesehatan maupun dari sisi karyawan. Pihak penyedia pelayanan kesehatan akan berusaha memperbesar keuntungan dengan jalan melakukan berbagai pemeriksaan kesehatan yang berlebihan menggunakan bermacam-macam

alat canggih yang ada, memperlama waktu rawat inap pengguna jasa, dan pembebanan biaya-biaya administrasi yang berlebihan. Hal ini akan menimbulkan pembengkakan terhadap biaya kesehatan yang dianggarkan.

4. Pengelolaan dana yang belum sempurna

Pengelolaan dana yang tepat dapat dan terdokumentasi dengan baik sangat membantu pelaksanaan sistem pembiayaan kesehatan yang ada, meskipun dana yang dianggarkan terbatas. Hal ini berkaitan dengan kemampuan, pengetahuan, ketrampilan dan sikap mental pengelolanya.

5. Biaya kesehatan yang makin meningkat

Seiring dengan bertambahnya tahun, biaya pelayanan kesehatan semakin meningkat.

Banyak penyebab yang berperan dalam peningkatan biaya kesehatan, beberapa yang terpenting :

1. Tingkat Inflasi

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat inflasi yang terjadi di masyarakat. Apabila terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka secara otomatis biaya investasi dan juga biaya operasional pelayanan kesehatan akan meningkat pula, yang tentu saja akan dibebankan kepada pengguna jasa.

2. Tingkat Permintaan

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat permintaan yang ditemukan di masyarakat. Untuk bidang kesehatan, tingkat permintaan itu dipengaruhi sedikitnya oleh dua faktor, yaitu meningkatnya kuantitas penduduk yang memerlukan pelayanan kesehatan, yang karena jumlahnya

lebih atau bertambah banyak, maka biaya yang harus disediakan meningkat pula. Faktor kedua adalah meningkatnya kualitas penduduk. Dengan tingkat pendidikan dan penghasilan yang lebih baik, mereka akan menuntut penyediaan layanan kesehatan yang baik pula dan hal ini membutuhkan biaya pelayanan kesehatan yang lebih baik dan lebih besar. Kedua hal tersebut tentu saja akan sangat mempengaruhi besarnya biaya yang dibutuhkan dalam pelayanan dan pemeliharaan kesehatan.

3. Kemajuan Ilmu dan Teknologi

Sejalan dengan adanya kemajuan ilmu dan teknologi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan (penggunaan peralatan kedokteran yang modern dan canggih) memberikan konsekuensi tersendiri, yaitu tingginya biaya yang harus dikeluarkan dalam berinvestasi. Hal ini membawa akibat dibebankannya biaya investasi dan operasional tersebut pada pemakai jasa pelayanan kesehatan.

4. Perubahan Pola Penyakit

Meningkatnya biaya kesehatan juga dipengaruhi adanya perubahan pola penyakit, yang bergeser dari penyakit yang sifatnya akut menjadi penyakit yang bersifat kronis. Dibandingkan dengan berbagai penyakit akut, perawatan berbagai penyakit kronis ternyata lebih lama. Akibatnya biaya yang dikeluarkan untuk perawatan dan penyembuhan penyakit ini akan lebih besar. Hal ini akan sangat mempengaruhi tingginya biaya kesehatan.

5. Perubahan Pola Pelayanan Kesehatan

Perubahan pola pelayanan kesehatan ini terjadi akibat perkembangan keilmuan dalam bidang kedokteran sehingga terbentuk spesialisasi dan

subspesialisasi yang menyebabkan pelayanan kesehatan menjadi terkotak-kotak (fragmented health service) dan satu sama lain seolah tidak berhubungan. Akibatnya sering terjadi tumpang tindih atau pengulangan metoda pemeriksaan yang sama dan pemberian obat-obatan yang dilakukan pada seorang pasien, yang tentu berdampak pada semakin meningkatnya beban biaya yang harus ditanggung oleh pasien selaku pengguna jasa layanan kesehatan ini. Selain itu, dengan adanya pembagian spesialisasi dan subspesialisasi tenaga pelayanan kesehatan, menyebabkan hari perawatan juga akan meningkat.

6. Perubahan Pola Hubungan Dokter-Pasien

Sistem kekeluargaan yang dulu mendasari hubungan dokter-pasien seakan sirna. Dengan adanya perkembangan spesialisasi dan subspesialisasi serta penggunaan berbagai peralatan yang ditunjang dengan kemajuan ilmu dan Teknologi, mengakibatkan meningkatnya biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien, hal ini tentu saja membuat pasien menuntut adanya kepastian pengobatan dan penyembuhan dari penyakitnya. Hal ini diperberat dengan semakin tingginya tingkat pendidikan pasien selaku pengguna jasa layanan kesehatan, yang mendorong semakin kritisnya pemikiran dan pengetahuan mereka tentang masalah kesehatan. Hingga bila terjadi hal-hal yang tidak diharapkan yang timbul selama masa perawatan atau pengobatan, dapat menimbulkan perselisihan yang cukup besar dan dapat mendorong munculnya sengketa bahkan tuntutan hokum ke pengadilan. Hal tersebut diatas mendorong para dokter sering melakukan pemeriksaan yang berlebihan (over utilization), demi kepastian akan tindakan mereka dalam melakukan

pengobatan dan perawatan, dan juga dengan tujuan mengurangi kemungkinan kesalahan yang dilakukan dalam mendiagnosa penyakit yang diderita pasiennya. Konsekuensi yang terjadi adalah semakin tingginya biaya yang dibutuhkan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Upaya lain yang sering dilakukan para dokter dalam melindungi dirinya terhadap tuntutan yang mungkin terjadi, dengan cara mengasuransikan praktek kedokterannya. Dengan semakin seringnya tuntutan hukum atas diri dokter menyebabkan premi yang harus dibayar meningkat dari tahun ke tahun, dengan dampak semakin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan yang diajukan.

7. Lemahnya Mekanisme Pengendalian Biaya

Kurangnya peraturan perundang-undangan yang ditetapkan untuk mengatur dan membatasi pemakaian biaya pelayanan kesehatan menyebabkan pemakaiannya sering tidak terkendali, yang akhirnya akan membebani penanggung (perusahaan) dan masyarakat secara keseluruhan.

8. Penyalahgunaan Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan (health Insurance) sebenarnya merupakan salah satu mekanisme pengendalian biaya kesehatan, sesuai dengan anjuran yang diterapkan oleh pemerintah. Tetapi jika diterapkan secara tidak tepat sebagaimana yang lazim ditemukan pada bentuk yang konvensional (third party system) dengan sistem mengganti biaya (reimbursement) justru akan mendorong naiknya biaya kesehatan.

Pengembangan jaminan kesehatan dilakukan dengan beberapa skema sebagai berikut:

1. Pengembangan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin (JPK-Gakin).
2. Pengembangan Jaminan Kesehatan (JK) sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
 - a. Asuransi kesehatan komersial
 - b. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sukarela
3. Pengembangan jaminan kesehatan sektor informal:
 - a. Jaminan kesehatan mikro (dana sehat)
 - b. Dana sosial masyarakat

2.1.3 Penelitian Terdahulu

Literatur mengenai permintaan untuk perawatan kesehatan di Amerika Serikat dengan langkah pertama menggunakan analisis probit untuk mengestimasi dampak individu sakit pada keputusan anggota keluarga apakah akan menggunakan perawatan medis. Variabel dependen adalah dikotomis (0,1) variabel dengan nilai satu jika anggota keluarga menggunakan perawatan. Pada langkah kedua menggunakan regresi lognormal untuk memperkirakan dampak dari sakit pada tingkat individu anggota keluarga penggunaan perawatan medis dan pengeluaran. Menunjukkan pendapatan rumah tangga umumnya positif berkaitan dengan pemanfaatan dan pengeluaran kesehatan. Kehadiran anggota keluarga yang sakit mempengaruhi banyak aspek kehidupan keluarga dan perilaku ekonomi. Salah satu dampaknya adalah pada keputusan konsumsi rumah tangga. Perawatan kesehatan adalah salah satu item dalam konsumsi keluarga yang

ditetapkan. Dalam penelitian ini, telah diuji pengaruh penyakit pada permintaan untuk perawatan medis oleh anggota keluarga.

Survei responden diambil dari sampel yang representatif dari rumah tangga di seluruh Amerika Serikat. Partisipasi rumah tangga yang dipilih akan mewakili semua rumah tangga di negara tersebut yang dicari dari berbagai daerah demografi sebanyak mungkin. Oleh karena itu, masing-masing responden mewakili nomor unik dari orang lain dan data yang tertimbang menurut jumlah yang diwakilinya sehingga temuan penelitian akan mewakili orang untuk penduduk Amerika Serikat. Panel data dikumpulkan terus menerus dan dirilis setiap tahun, dengan data yang dirilis setiap tahun. Saat ini, data yang tersedia dari 1996-2000. Sampel penelitian mencakup pengamatan dari 1997 hingga 2000. (Kaspar, 2003)

Permintaan untuk perawatan medis biasanya mencakup beberapa variabel penjelas, seperti pendapatan rumah tangga, harga perawatan medis, dan status kesehatan individu. Pendapatan rumah tangga telah diwakili oleh pendapatan keluarga. Harga perawatan medis yang terbaik diukur dengan biaya out-of-pocket kepada konsumen (lihat Grossman, 1972, Pohlmeier dan Ulrich, 1995, dan Jimenez-Martin, et al., 2002), tetapi informasi ini tidak selalu tersedia .

Literatur mengenai permintaan untuk perawatan kesehatan di negara-negara sedang berkembang mengandung konflik. Satu pihak menjelaskan bahwa harga tidak penting dalam menentukan penggunaan layanan kesehatan. Akin dan yang lainnya (1984, 1996) ;Schwartz, Akin, Popkin (1988), Birdsall dan Chuhan (1986) ;dan Heller (1982) menyebutkan bahwa sangat kecil dan kadangkala ada efek positif dari harga, yang mana sebagian besar tidak signifikan secara statistik.

Kelompok lainnya Mwabu 1986, 1998) ; Gertler, Locay, Sanderson (1987) ; Alderman dan Gertler (1988); Cretin dan lainnya menyimpulkan bahwa harga adalah penting. Seluruh studi kecuali untuk Cretin dan yang lainnya menggunakan model pilihan terhadap penyedia secara suka-suka discrete choice provider. Studi Cretin dan kawan-kawan mencoba menjelaskan pengeluaran kesehatan rumah tangga di China dan melaporkan bahwa perbedaan tingkat coinsurance menerangkan sepertiga dari variasi pengeluaran kesehatan.

Gertler, Locay, dan Sanderson (1987) menunjukkan bahwa pendapatan dapat mempengaruhi pilihan layanan kesehatan jika fungsi utilitas kondisional mencerminkan tingkat substitusi marginal dari konsumsi pelayanan kesehatan tidak konstan.



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Data dan Sumber Data

Untuk menghimpun karakteristik pembiayaan masyarakat program pembangunan sosial bidang kesehatan, penulis meneliti pengaruh pendapatan rumah tangga terhadap pengeluaran kesehatan yang selanjutnya memperhatikan distribusi jenis asuransi yang digunakan. Alasan memfokuskan perhatian pada variabel pengeluaran kesehatan rumah tangga karena sebagai salah satu sumber pembiayaan kesehatan adalah pengeluaran langsung rumah tangga, dan bentuk ini lebih umum terjadi serta dipandang sebagai salah satu sumber yang penting (Tjiptoherijanto dan Soesetyo, 1994).

Adapun data pengeluaran kesehatan yang dipilih adalah data rata-rata pengeluaran kesehatan rumah tangga sebagai proksi pengeluaran kesehatan dibandingkan menggunakan data pengeluaran kesehatan sebulan yang lalu dan 12 bulan yang lalu karena mempunyai standar deviasi yang lebih kecil dari sampel tersedia dalam data Susenas 2009. Menggunakan data rata-rata pengeluaran rumah tangga sebulan karena lebih dapat mengukur permanent income dibanding reported income.

3.2 Pembentukan Model

Untuk menghimpun target group program pembangunan sektor sosial bidang kesehatan, ada beberapa pengujian yang dilakukan, pertama, data rata-rata pengeluaran rumah tangga dikelompokkan secara kuartil sehingga diperoleh empat kelompok pendapatan, kelompok pendapatan rendah yang kecil dari

Rp 804360 (quantil 1), kelompok pendapatan sedang Rp 804360 sampai 1154476 (quantil 2), kelompok pendapatan diatas sedang Rp 1154477 sampai Rp 1668241 (quantil 3) dan kelompok pendapatan tinggi besar dari Rp 1668241 dari 11027 sampel tersedia dalam data Susenas 2007.

Langkah kedua, mengelompokkan data rata-rata pengeluaran kesehatan rumah tangga secara quantil sehingga diperoleh empat kelompok pengeluaran kesehatan, kelompok pengeluaran kesehatan rendah kecil dari Rp 10000 (quantil 1), kelompok pengeluaran kesehatan sedang Rp 10000 sampai Rp 20000 (quantil 2), kelompok pengeluaran kesehatan diatas sedang Rp 20001 sampai Rp 50000 (quantil 3) dan kelompok pengeluaran kesehatan tinggi yang besar dari Rp 50000 (quantil 4).

Langkah ketiga, menggunakan metode tabulasi silang untuk menganalisis pengaruh antara pendapatan dengan pengeluaran kesehatan rumah tangga yang kemudian hasilnya dilakukan uji statistik Chi Square sehingga memberikan indikasi siapa target group pembiayaan masyarakat program pembangunan sosial bidang kesehatan. Metode tabulasi silang dipilih karena sederhana dan cukup mampu memperjelas persoalan dan mencapai tujuan yang ingin dicapai dari penelitian ini (Lihat Masri Singarimbun, 1989).

Diasumsikan rumah tangga yang berisiko tinggi tersebut mempunyai pengeluaran kesehatan rendah, dimana *the lower income group* yang akan menjadi kelompok sasaran program pembangunan sosial bidang kesehatan, tidak mendapat pelayanan kesehatan.

Variabel pendapatan rumah tangga merupakan salah satu sumber pembiayaan kesehatan yang langsung dari rumah tangga, dan bentuk ini lebih

umum terjadi serta dipandang sebagai salah satu sumber yang penting yang mempengaruhi pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan.

Dan untuk mengetahui pengaruh pendapatan rumah tangga terhadap pengeluaran kesehatan dimana variabel dependen dalam penelitian ini adalah pengeluaran kesehatan yang dilambangkan Y dan variabel bebas adalah pendapatan rumah tangga, dapat dianalisis dengan persamaan:

$$Y = f(X, \dots, X_n) \dots\dots\dots(1)$$

Dalam hal ini variabel independen seperti pendapatan rumah tangga diduga dapat mempengaruhi pengeluaran kesehatan secara bersama-sama, maka selanjutnya persamaan (1) diatas dapat ditulis menjadi:

$$Y = f(X) \dots\dots\dots(2)$$

Dimana

Y : Pengeluaran untuk Kesehatan

X : Pendapatan Rumah Tangga

Hasil yang diperoleh merupakan temuan awal yang akan dilanjutkan dengan elaborasi, melihat pengaruh jenis asuransi yang digunakan sehingga diperoleh gambaran yang lebih jelas.

3.3 Defenisi Operasional

Karakteristik target group pembiayaan masyarakat adalah ciri-ciri yang dimiliki oleh rumah tangga yang beresiko tinggi tidak mendapatkan pelayanan kesehatan pada saat memerlukan pelayanan kesehatan dari sistem layanan kesehatan pemerintah, berdasarkan data Susenas 2007.

Diasumsikan rumah tangga yang berisiko tinggi tersebut mempunyai pengeluaran kesehatan rendah, dari the lower income group yang akan menjadi kelompok sasaran program pembangunan sosial bidang kesehatan.

Variabel pengeluaran kesehatan rumah tangga merupakan salah satu sumber pembiayaan kesehatan yang langsung dari rumah tangga, dan bentuk ini lebih umum terjadi serta dipandang sebagai salah satu sumber yang penting.

Pendapatan rumah tangga merupakan jumlah pendapatan yang dihasilkan oleh rumah tangga perbulan yang bertujuan untuk mencukupi kebutuhan. Seperti kebutuhan untuk sandang, pangan, papan dan juga untuk kesehatan.

3.4 Metode Analisis

Metode analisa data yang digunakan dalam studi ini adalah analisa deskriptif. Analisa deskriptif dilakukan dengan menggunakan tabulasi silang dengan menggunakan data Susenas 2007. Dan uji statistik yaitu dengan melakukan uji chi-square untuk mengetahui hubungan variabel independen dengan variabel dependen sehingga memberikan indikasi siapa target group program pembangunan sosial bidang kesehatan. Seluruh proses pengolahan data dilakukan menggunakan program pengolahan data SPSS.

Karakteristik-karakteristik yang terungkap itulah yang dihimpun menjadi karakteristik target group program pembangunan sosial bidang kesehatan untuk Sumatera Barat. Seluruh proses pengolahan data dilakukan menggunakan program pengolahan data SPSS.

3.5 Uji Statistik

➤ Uji chi Square

Kegunaan dari uji chi-square ini adalah :

- Menguji perbedaan dua atau lebih kelompok pada data kategorik.
- Dapat untuk menguji signifikansi asosiasi data kategorik.

Sehingga didapatkan rumus sebagai berikut :

$$X^2 = \sum \sum \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

$$E_{ij} = \frac{r_i \cdot c_j}{N}$$

Keterangan :

X^2 = Nilai X^2 Chi-Square

O_{ij} = Nilai Observasi

E_{ij} = Nilai Expected / Harapan

r_i = Jumlah baris ke i

c_j = Jumlah kolom ke j

N = Grand total

Jika sebuah subyek mempunyai urutan lebih tinggi pada satu variabel dan lebih tinggi juga pada variabel kedua dibandingkan subyek lain, maka pasangan observasi (dua subyek) tersebut dikatakan concordant. Jika sebuah subyek mempunyai urutan lebih tinggi dibandingkan subyek lain pada satu variabel tetapi mempunyai urutan lebih rendah pada variabel kedua, maka pasangan subyek tersebut disebut discordant.

BAB IV

GAMBARAN UMUM

4.1 Gambaran Umum Propinsi Sumatera Barat



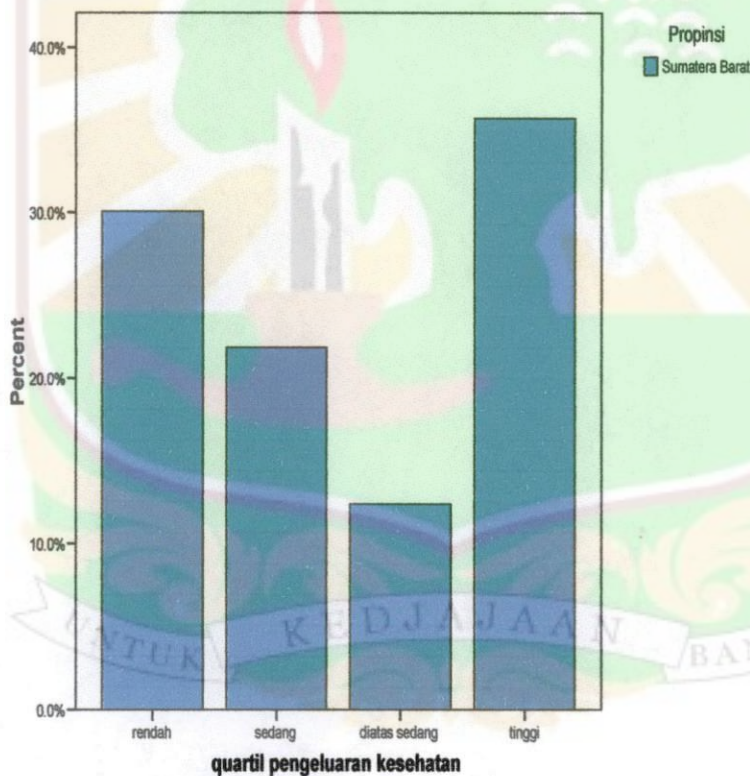
Sumber : [www. PNPM Mandiri.com](http://www.PNPM Mandiri.com)

Sumatera Barat terletak antara $0^{\circ} 54^{\circ}$ Lintang Utara dan $3^{\circ} 30^{\circ}$ Lintang Selatan serta $98^{\circ} 36^{\circ}$ dan $101^{\circ} 53^{\circ}$ Bujur Timur dengan Luas wilayah sekitar 4.229.730 Ha, setara dengan 2,17 % dari luas wilayah Negara Kasatuan Republik Indonesia, dan luas perairan laut diperkirakan 186.500 Km² dan panjang garis pantai 2.420.57 Km. Dimana Propinsi Sumatera Barat terletak disebelah barat pulau Sumatera dan berbatasan langsung dengan Samudera Indonesia, Propinsi Riau, Jambi dan Sumatera Utara. Propinsi Sumatera Barat mengalami

penambahan kabupaten/kota setelah tahun 2000, daerah yang mengalami penambahan diantaranya Kepulauan Mentawai, Kabupaten Solok Selatan, Dharmasraya, Pasaman Barat dan Kota Pariaman sehingga kabupaten/kota yang ada di Propinsi Sumatera Barat berjumlah sembilan belas yakni bertambah lima kabupaten/kota baru dan Ke sembilan belas kabupaten/kota terbagi dalam 157 kecamatan dengan jumlah nagari sekitar 519 Nagari dan 257 Kelurahan.

4.2 Pengeluaran Kesehatan Rumah Tangga Menurut Propinsi Sumatera Barat

Grafik 4.1 Pengeluaran Kesehatan Rumah tangga Di Sumatera Barat



Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

Terlihat bahwa kuartil pengeluaran kesehatan rendah di Sumatera Barat, kecil dari Rp 10000 sebesar 30.1 % atau sekitar 2228 sampel dari 7409 sampel di Sumatera Barat.

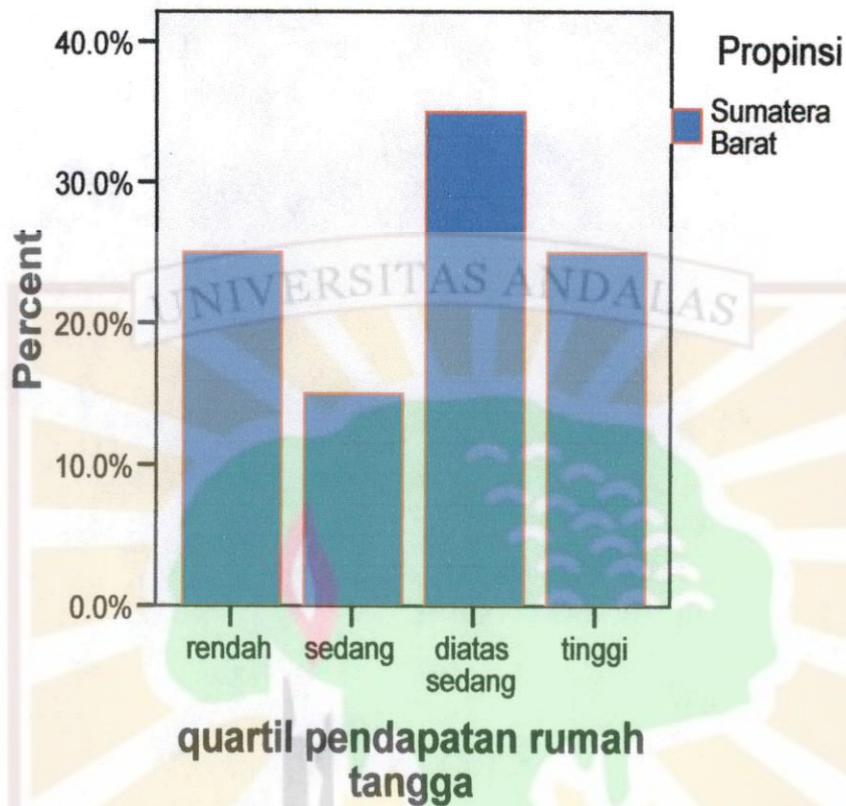
Kuartil 2 pengeluaran kesehatan, antara Rp 10000 sampai Rp 20000 yaitu sebesar 21.9 % atau sekitar 1620 sampel dari 7409 sampel pengeluaran kesehatan. Kuartil 3 pengeluaran kesehatan, antara Rp 20001 sampai 50000 yaitu sebesar 12.4 % atau sekitar 917 sampel dari 7409 sampel pengeluaran kesehatan di Sumatera Barat.

Kuartil 4 pengeluaran kesehatan, besar dari Rp 50000 yaitu sebesar 35.7 % atau sekitar 2644 sampel dari 7409 sampel pengeluaran kesehatan di Sumatera Barat. Dari gambaran grafik diatas terlihat bahwa pada kuartil pengeluaran kesehatan di Sumatera Barat, maka lebih banyak rumah tangga yang kelompok pengeluarannya tinggi atau yang pengeluaran kesehatannya besar dari Rp 50000.

Bila menggunakan median pengeluaran kesehatan rumah tangga di Sumatera Barat yang nilainya Rp 20000, ada dalam rentang pengeluaran kesehatan sedang (kuartil 2) maka diperoleh pula keterangan bahwa Propinsi Sumatera Barat mempunyai pengeluaran kesehatan lebih kecil dari nilai median sebesar 30.1% dari keseluruhan 7409 sampel di propinsi Sumatera Barat. Sementara persentase pengeluaran kesehatan yang lebih besar dari nilai median pengeluaran kesehatan Rp 20000, masing-masing sebesar 12.4 % untuk kuartil pengeluaran kesehatan diatas sedang dan 35.7 % untuk kuartil pengeluaran tinggi.

4.3 Pendapatan Rumah Tangga Menurut Propinsi

Grafik 4.2 Quartil Pendapatan Rumah Tangga di Propinsi Sumatera Barat



Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

Pendapatan rumah tangga rendah atau kecil dari Rp 804360 atau kuantil 1 pendapatan rumah tangga yaitu sebesar 25 % atau 2768 sampel dari 11072 sampel pendapatan rumah tangga.

Begitu pula dalam pendapatan Rp 804360 sampai dengan Rp 1154476 atau kuantil pendapatan 2 adalah sebesar 15 %, dari keseluruhan 1661 sampel pendapatan kuantil 2. Dan dalam pendapatan kuantil 3 adalah sebesar 35 % atau sebesar 3875 sampel dari 11072 sampel kuartile pendapatan di Sumatera Barat.

Rumah tangga berpendapatan besar dari Rp 1668241 atau kuantil pendapatan 4 yaitu sekitar 25% .

4.4 Ringkasan

Berdasarkan gambaran pengeluaran kesehatan di Sumatera Barat, terlihat bahwa di Sumatera Barat relatif banyak rumah tangga yang pengeluaran kesehatan besar dari Rp 50000 (quantil pendapatan 4). Sebaliknya di Sumatera Barat lebih sedikit rumah tangga yang memiliki pengeluaran kesehatan diatas sedang (antara 20001 sampai 50000) sebesar 12.4%. Sementara itu rumah tangga yang memiliki pengeluaran kesehatan kecil dari Rp 10000 (quantil pengeluaran kesehatan rendah) relatif besar yaitu sebesar 30.1%.

Berdasarkan distribusi pendapatan rumah tangga dari 11072 sampel Susenas 2007 di Sumatera Barat, diperoleh gambaran bahwa di Sumatera Barat relatif sedikit rumah tangga yang berpendapatan sedang yaitu antara Rp 804361 sampai Rp 1007276, dan relatif banyak yang mempunyai pendapatan diatas sedang (dari Rp 2594691 Rp 1668241). Berdasarkan data Susenas 2007, di Sumatera Barat, persentase rumah tangga yang berpendapatan rendah dan rumah tangga berpendapatan tinggi adalah sama, yaitu sekitar 25 % masing-masingnya.

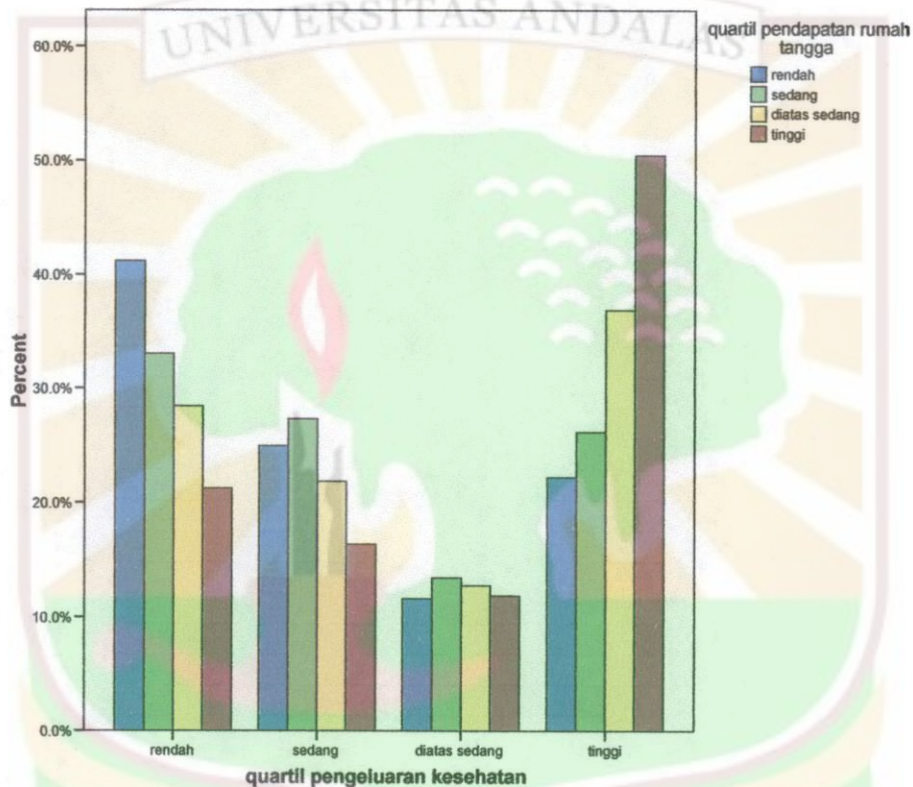
Di Sumatera barat relatif banyak rumah tangga berpendapatan diatas sedang. Bagaimana hubungannya dengan gambaran pendapatan rumah tangga yang terlihat dari jenis asuransi yang digunakan?

BAB V

TEMUAN DAN DISKUSI

5.1 Hubungan Pendapatan Dan Pengeluaran Kesehatan

Grafik 5.1 **Quantil Pendapatan Rumah Tangga Dan Quantil Pengeluaran Kesehatan**



Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

Dari hasil tabulasi silang antara pendapatan rumah tangga dan pengeluaran kesehatan terlihat bahwa pengeluaran kesehatan rendah (kecil dari Rp 10000) lebih banyak berasal dari kelompok pendapatan diatas sedang yaitu sebesar 33.9% dan dan diikuti oleh kelompok pendapatan rendah sebesar 31.1% dari 2228 sampel pengeluaran kesehatan rendah dan pengeluaran kesehatan sedang (antara

Rp 10000 sampai dengan Rp 20000) juga lebih banyak berasal dari kelompok pendapatan diatas sedang dan rendah yaitu 35.8% dan 26.0% dari 1620 sampel pengeluaran kesehatan sedang. Sedangkan pengeluaran kesehatan diatas sedang (Rp 20001 sampai Rp 50000) masing-masing berasal dari kelompok pendapatan diatas sedang sebesar 37%, dan kelompok pendapatan tinggi sebesar 26.0%. Pengeluaran kesehatan tinggi (di atas Rp 50000) lebih banyak berasal dari kelompok pendapatan tertinggi yaitu 38.2% dari 2644 sampel.

Hasil perhitungan *Pearson Chi Square* untuk menguji ada tidaknya hubungan antara berbagai kelompok pendapatan rumah tangga dengan berbagai kelompok pengeluaran kesehatan rumah tangga di Sumatera Barat menunjukkan hasil yang signifikan atau terdapat hubungan antara pengeluaran kesehatan rumah tangga dengan pendapatan rumah tangga, diperoleh *chi square* hitung (415.191) yang lebih besar dari *chi square* tabel (16.919) pada $df = 9$, $\alpha = 5\%$.

Bila diperhatikan pengaruh langsung antara kedua variabel menggunakan Somers' D, pengeluaran kesehatan menjadi dependen variabel nilainya 0.190 atau keterkaitannya berkisar 19%, namun masih tetap signifikan karena nilai probabilitasnya 0.000 lebih kecil dari 5% sehingga memang kedua variabel berhubungan nyata walaupun lemah. Hal ini mungkin karena pengeluaran untuk kesehatan oleh rumah tangga yang dapat di artikan sebagai wujud permintaan rumah tangga terhadap pelayanan kesehatan secara teoritis dan berdasarkan kajian empiris tidak hanya ditentukan oleh faktor permintaan yang diperlihatkan oleh pendapatan dan pengeluaran kesehatan rumah tangga tapi juga oleh faktor penawaran fasilitas layanan kesehatan termasuk faktor kualitas pelayanan serta berbagai faktor non ekonomi.

Dari tabel, ditemukan bahwa dalam kelompok pendapatan terendah ada juga yang memiliki pengeluaran kesehatan diatas sedang dan tinggi yang jumlah masing-masingnya sekitar 21.5% dan 14.2% sehingga pada kelompok pengeluaran kesehatan rendah terdapat sekitar 31.3% dari 7409 sampel yang berpendapatan rendah. Kemungkinan 31.3% dari kelompok pendapatan terendah ini mempunyai pengeluaran kesehatan yang rendah adalah mereka mengalami kesulitan untuk membiayai pengeluaran kesehatan karena harus mengalokasikan pendapatan untuk memenuhi kebutuhan esensial seperti untuk makan, sandang sehingga pengeluaran kesehatan diasumsikan mencakup proporsi yang cukup besar dalam pendapatan yang mereka miliki, dan asumsi bahwa mereka berusaha menghindari pembayaran biaya kesehatan yang tidak terjangkau karena mengabaikan posisi ekonomi mereka dalam artian membuat mereka tambah miskin.

Mereka ini diduga termasuk kelompok yang mempunyai kecenderungan untuk menunda atau tidak mendapatkan pelayanan kesehatan pada saat mereka memerlukannya, dan menjadi target group program pembangunan sosial bidang kesehatan karena pendapatan rumah tangga yang kecil dan pengeluaran kesehatan rendah.

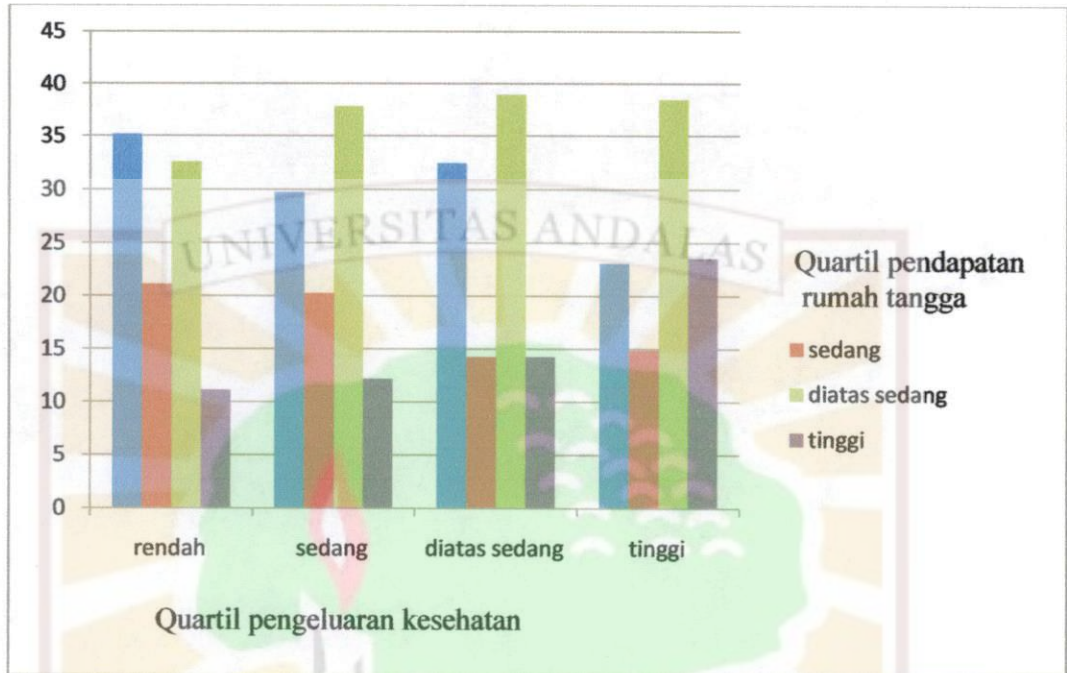
Akan tetapi dalam kelompok pengeluaran kesehatan sedang, memperlihatkan kelompok berpendapatan diatas sedang terlihat relatif lebih banyak pengeluaran kesehatannya dibanding kelompok berpendapatan sedang dan pengeluaran kesehatan rendah. Kemungkinan dari fenomena ini adalah kelompok berpendapatan sedang telah memiliki pengetahuan yang cukup terhadap

penggunaan layanan kesehatan dan telah menyadari pentingnya kesehatan. Namun untuk yang berpendapatan diatas sedang lebih banyak di pengeluaran kesehatan diatas sedang. Kemungkinan jawaban untuk fenomena ini, apabila diasumsikan mereka memilih memanfaatkan layanan kesehatan Puskesmas dan Rumah Sakit pemerintah maka dalam rentang ini juga terdapat harga karcis yang ditetapkan untuk pelayanan kesehatan pemerintah daerah, dengan begitu ketika mereka diharuskan mengalokasikan pendapatan untuk kesehatan, mereka membuat pilihan memanfaatkan pelayanan kesehatan pemerintah. Bila hal ini benar, maka pilihan kelompok sasaran yang memilih pelayanan kesehatan pemerintah memerlukan dukungan dan perhatian pemerintah, misalnya lebih menggiatkan lagi bantuan tenaga medis, yang bahkan akhir-akhir ini (Elfindri 2001) untuk menjangkau pelayanan kesehatan dasar pada wilayah pedesaan telah dilakukan kebijakan menempatkan bidan ke desa-desa yang dianggap masih tertinggal dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan dasar yang dibutuhkan oleh masyarakat.

Kelompok pendapatan 25 % tertinggi terlihat lebih banyak mempunyai pengeluaran kesehatan tinggi, kemungkinan karena pengeluaran kesehatan tidak mempengaruhi alokasi pendapatan untuk keperluan hidup lainnya, asumsi ada pendapatan yang relatif besar, dan bila dikaitkan dengan pemanfaatan kesehatan mereka mungkin lebih banyak menggunakan pelayanan kesehatan yang lebih baik kualitasnya, baik dari segi jenis pelayanan, *costumer service* yang cenderung memiliki tarif yang relatif tinggi dibandingkan tarif puskesmas ataupun rumah sakit umum.

5.1.1 Hubungan Pendapatan dan Pengeluaran Kesehatan Rumah Tangga Menurut Jenis Kartu Pelayanan Gratis Yang Digunakan

Grafik 5.2 Jenis Kartu Pelayanan Gratis Yang Digunakan = Askeskin



Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

Program Askeskin adalah implementasi lebih lanjut dari Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM), atau sebagai bagian dari pengentasan kemiskinan. Askeskin dimaksudkan, agar akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dapat ditingkatkan, sehingga tidak ada lagi masyarakat miskin yang kesulitan memperoleh kesehatan karena alasan biaya. Jika pelayanan kesehatan berlaku tidak diskriminatif, artinya kepada masyarakat miskin dan tidak miskin tanpa pandang bulu (Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari).

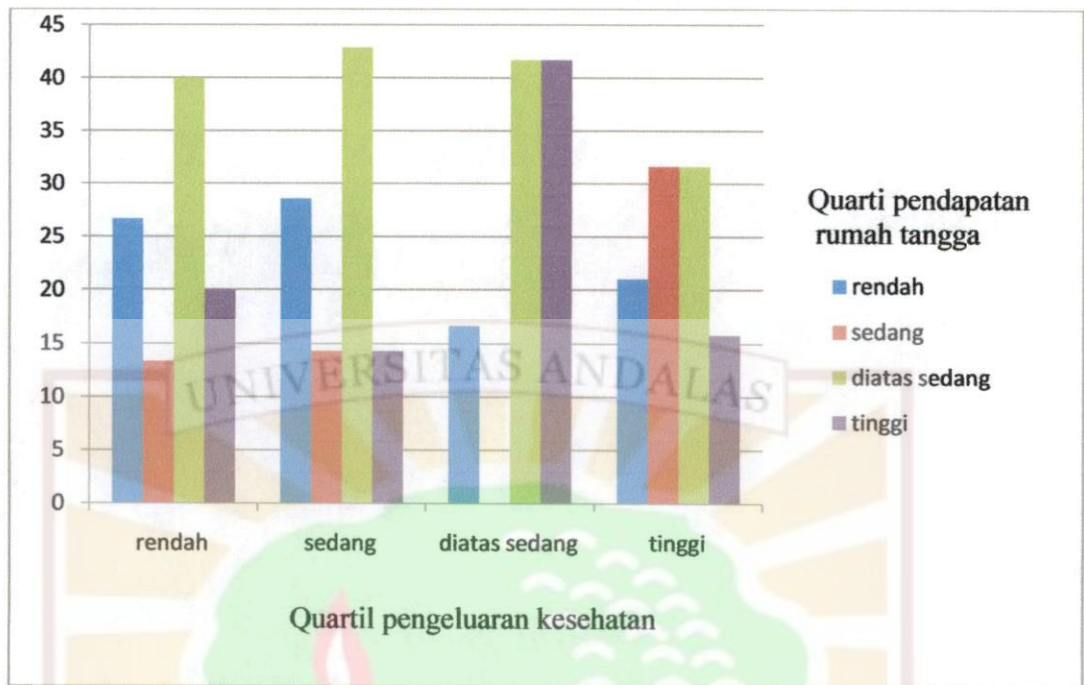
Di Sumatera Barat, yang menggunakan kartu pelayanan gratis Askeskin pada kelompok pengeluaran kesehatan rendah lebih banyak dinikmati oleh

kelompok berpendapatan rendah dan diatas sedang yaitu sekitar 35.2 % dan 32.6 % dari 270 sampel kelompok pengeluaran rendah.

Pada kelompok pengeluaran kesehatan sedang sekitar 37.8 % Askeskin dinikmati oleh kelompok pendapatan diatas sedang dan 29.7 % dinikmati oleh kelompok pendapatan rendah dari 140 sampel. Dan pada kelompok pengeluaran diatas sedang yang menggunakan Askeskin untuk pelayanan berobat yaitu sekitar 39.0 % dan 14.3 % dari kelompok pendapatan sedang dan tinggi, begitu pula pada kelompok pengeluaran kesehatan tinggi, askeskin digunakan oleh rumah tangga berpendapatan diatas sedang dan tinggi masing-masingnya sekitar 38.5% dan 23.6 % dari 208 total sampel .dan hanya dinikmati oleh rumah tangga berpendapatan rendah sekitar 23.1 %.

Hasil perhitungan *Pearson Chi Square* untuk menguji ada tidaknya hubungan antara berbagai kelompok pendapatan rumah tangga dengan berbagai kelompok pengeluaran kesehatan rumah tangga pada kartu pelayanan kesehatan gratis Askeskin di Sumatera Barat menunjukkan hasil yang signifikan atau terdapat hubungan antara pengeluaran kesehatan rumah tangga dengan pendapatan rumah tangga, diperoleh *chi square* hitung (24.178) yang lebih besar dari *chi square* tabel (16.919) pada $df = 9$, $\alpha = 5\%$.

Grafik 5.3 Jenis Kartu Pelayanan Gratis Yang Digunakan = KKB



Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

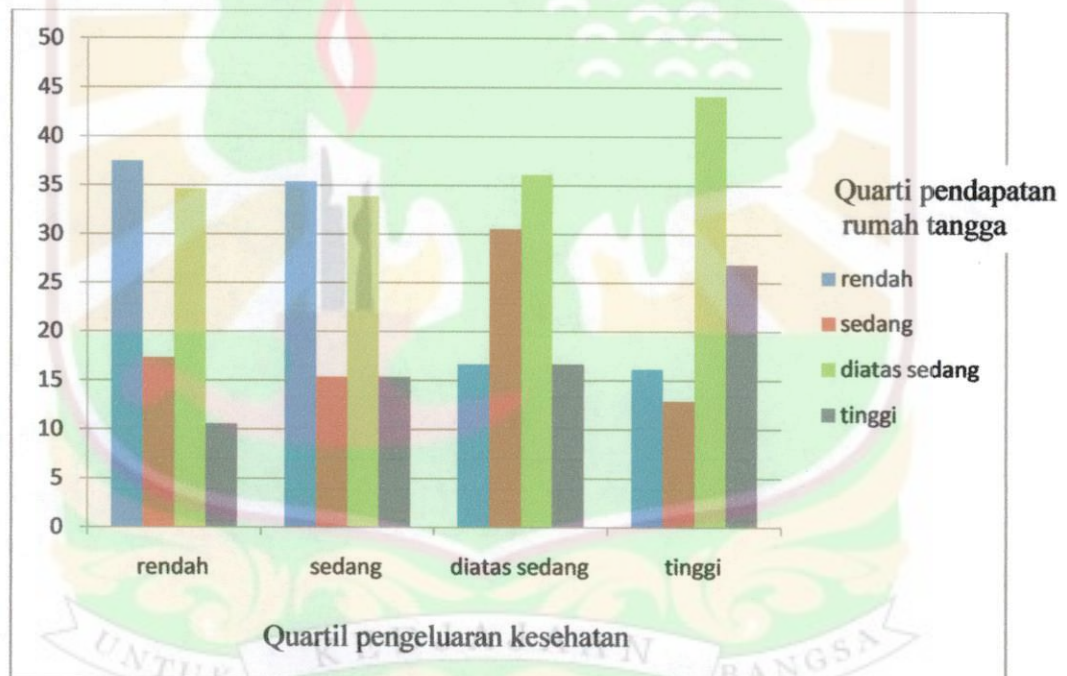
Di Sumatera Barat, yang menggunakan kartu pelayanan gratis KKB pada kelompok pengeluaran kesehatan rendah lebih banyak dinikmati oleh kelompok berpendapatan diatas sedang dan rendah yaitu sekitar 40.0 % dan 26.7 % dari 15 sampel kelompok pengeluaran rendah.

. Pada kelompok pengeluaran kesehatan diatas sedang tidak ada sampel yang menggunakan KKB oleh kelompok pendapatan sedang dan masing-masing 41.7 % dinikmati oleh kelompok pendapatan diatas sedang dan tinggi. Dan pada kelompok pengeluaran kesehatan sedang yang menggunakan KKB lebih banyak dinikmati oleh kelompok pengeluaran diatas sedang untuk pelayanan berobat yaitu sekitar 42.9%, begitu pula pada kelompok pengeluaran kesehatan tinggi, KKB relatif banyak digunakan oleh rumah tangga berpendapatan sedang dan

diatas sedang masing-masingnya sekitar 31.6 % dari 19 total sampel .dan hanya dinikmati oleh rumah tangga berpendapatan rendah sekitar 21.1 %.

Hasil perhitungan *Pearson Chi Square* untuk menguji ada tidaknya hubungan antara berbagai kelompok pendapatan rumah tangga dengan berbagai kelompok pengeluaran kesehatan rumah tangga pada kartu pelayanan kesehatan gratis Askeskin di Sumatera Barat menunjukkan hasil yang tidak signifikan atau tidak terdapat hubungan antara pengeluaran kesehatan rumah tangga dengan pendapatan rumah tangga, diperoleh *chi square* hitung (8.426) yang lebih kecil dari *chi square* tabel (16.919) pada $df = 9$, $\alpha = 5\%$.

Grafik 5.4 Jenis Kartu Pelayanan Gratis Yang Digunakan = Kartu Sehat



Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

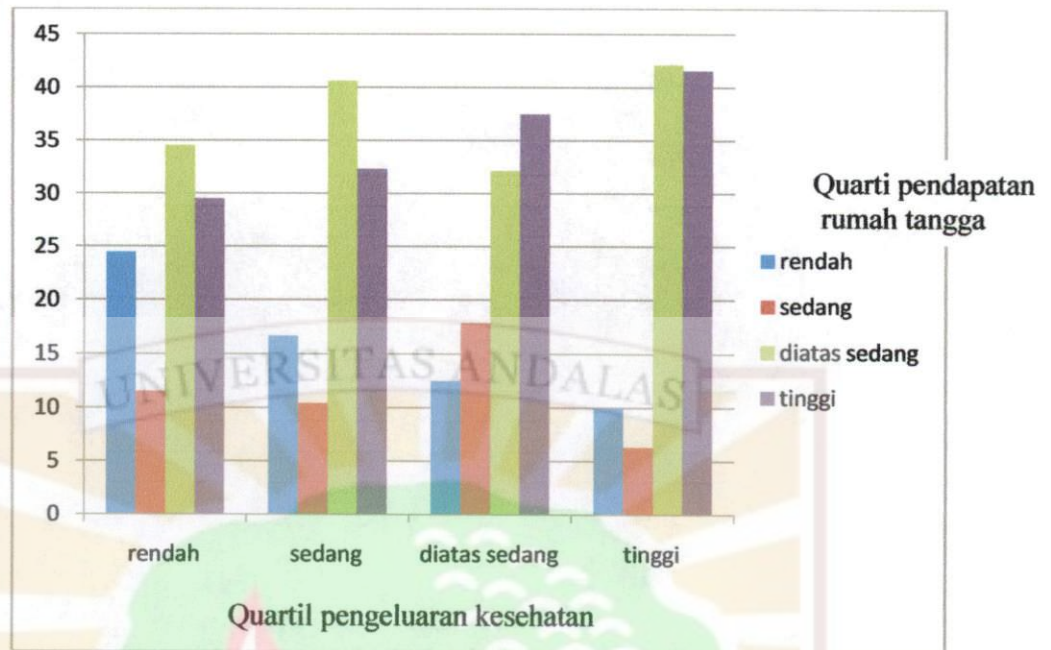
Yang menggunakan kartu pelayanan gratis Kartu Sehat pada kelompok pengeluaran kesehatan rendah lebih banyak dinikmati oleh kelompok

berpendapatan rendah dan diatas sedang yaitu sekitar 37.5 % dan 34.6 % dari 104 sampel kelompok pengeluaran rendah.

. Pada kelompok pengeluaran kesehatan diatas sedang Kartu sehat relatif banyak digunakan oleh kelompok pendapatan sedang sekitar 36.1 % atau sekitar 13 sampel dari 36 total sampel. Dan pada kelompok pengeluaran kesehatan sedang yang menggunakan Kartu Sehat lebih banyak dinikmati oleh kelompok pengeluaran rendah untuk pelayanan berobat yaitu sekitar 35.4%, begitu pula pada kelompok pengeluaran kesehatan tinggi, Kartu Sehat juga relatif banyak digunakan oleh rumah tangga berpendapatan diatas sedang dan tinggi masing-masingnya sekitar 44.1 % dan 26.9 % dari 93 total sampel dan hanya dinikmati oleh rumah tangga berpendapatan rendah sekitar 16.1 %.

Hasil perhitungan *Pearson Chi Square* untuk menguji ada tidaknya hubungan antara berbagai kelompok pendapatan rumah tangga dengan berbagai kelompok pengeluaran kesehatan rumah tangga pada kartu pelayanan kesehatan gratis Askeskin di Sumatera Barat menunjukkan hasil yang signifikan atau terdapat hubungan antara pengeluaran kesehatan rumah tangga dengan pendapatan rumah tangga, diperoleh *chi square* hitung (25.116) yang lebih besar dari *chi square* tabel (16.919) pada $df = 9$, $\alpha = 5\%$.

Grafik 5.5 Jenis Kartu Pelayanan Gratis Yang Digunakan = Lainnya



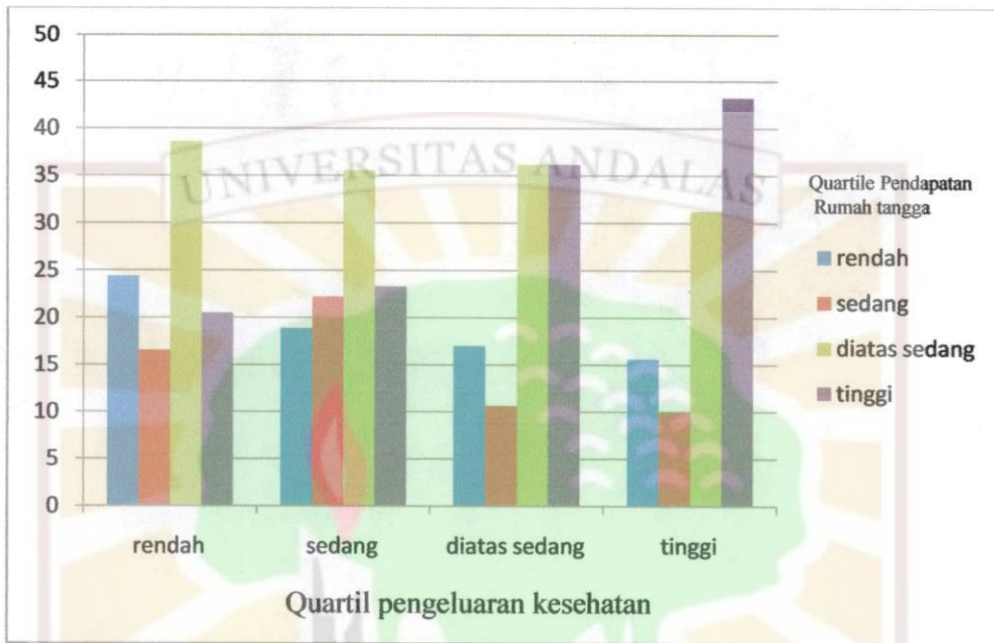
Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

Dari tabulasi silang untuk melihat hubungan antara pendapatan rumah tangga dan pengeluaran kesehatan, maka terlihat bahwa yang lebih banyak menggunakan jenis kartu pelayanan kesehatan gratis lainnya lebih banyak berasal dari kelompok pendapatan diatas sedang dan tinggi.

Hasil perhitungan *Pearson Chi Square* dengan memperhatikan pengaruh jenis kartu layanan kesehatan yang digunakan memperlihatkan hubungan yang signifikan antara pendapatan rumah tangga dan pengeluaran untuk kesehatan. *Chi Square* hitung sebesar 23.065 lebih besar dari *Chi Square* tabel 16.919 ($df = 9, \alpha = 5\%$).

5.1.2. Hubungan Pendapatan dan Pengeluaran Kesehatan Rumah Tangga Menurut Tersedia Jaminan Pembiayaan

Grafik 5.6 Tersedia jaminan pembiayaan = JPK PNS/Pensiun

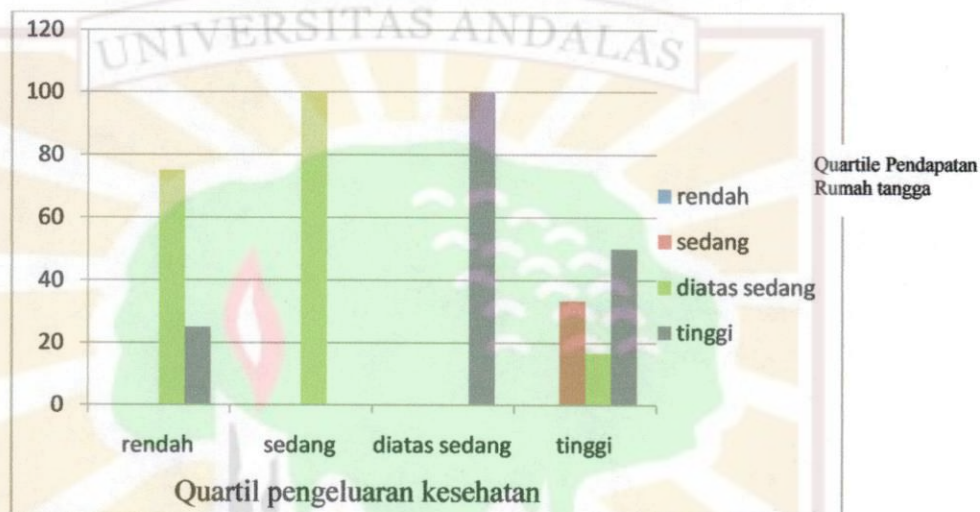


Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

Memperhatikan hubungan pendapatan rumah tangga dan pengeluaran untuk kesehatan pada jaminan pembiayaan JPK PNS/Pensiun, terlihat bahwa kelompok pendapatan rendah mempunyai pengeluaran kesehatan kecil lebih banyak yaitu 24.4% dari 127 sampel di bandingkan kelompok pendapatan lainnya. Demikian pula pada kelompok pendapatan sedang mempunyai pengeluaran kesehatan sedang yaitu 22.2% dari 90 sampel. Kelompok pendapatan diatas sedang memiliki pengeluaran kesehatan rendah sebesar 38.6 % dan diikuti oleh pengeluaran kesehatan diatas sedang sebesar 36.2 % dari 158 sampel. Kelompok berpendapatan tinggi mempunyai pengeluaran kesehatan tinggi sebanyak 43.2 % dari 192 sampel.

Hasil perhitungan *Pearson Chi Square* dari jaminan pembiayaan JPK/PNS Pensiun, untuk hubungan pendapatan dan pengeluaran kesehatan rumah tangga adalah 27.003 yang lebih besar dari nilai chi square tabel 16.919 ($df = 9, \alpha = 5 \%$), yang artinya ada hubungan yang signifikan antara pendapatan rumah tangga dan pengeluaran kesehatan pada jaminan pembiayaan JPK/JPNS Pensiun.

Grafik 5.7 Tersedia jaminan pembiayaan = Tunjangan Dari Perusahaan

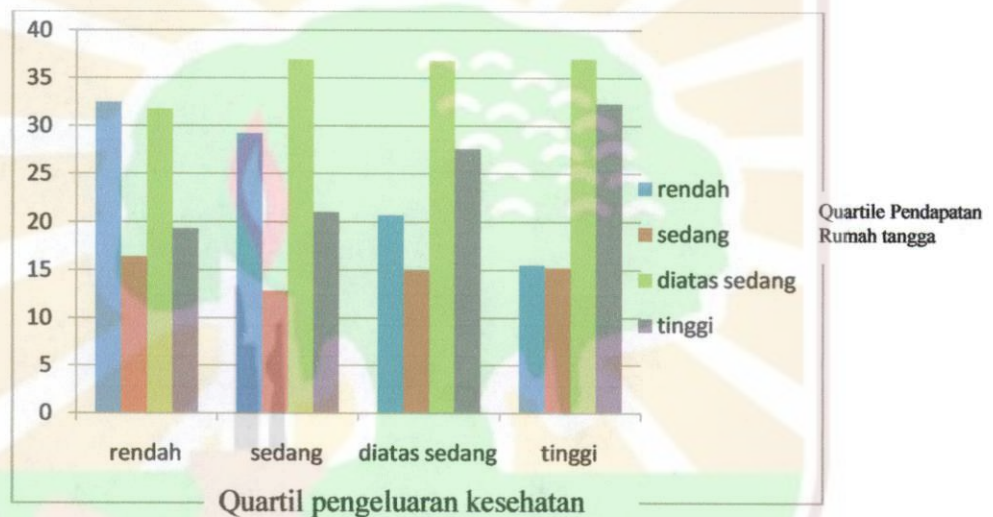


Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

Memperhatikan hubungan pendapatan rumah tangga dan pengeluaran untuk kesehatan pada jaminan pembiayaan Tunjangan Dari Perusahaan, terlihat bahwa kelompok pendapatan rendah tidak ada yang mempunyai pengeluaran kesehatan kecil. Pada kelompok pendapatan sedang hanya ada pada yang mempunyai pengeluaran kesehatan tinggi yaitu 33.3% dari 2 sampel. Kelompok pendapatan diatas sedang memiliki pengeluaran kesehatan rendah sebesar 75% dari 3 sampel dan diikuti oleh pengeluaran kesehatan sedang sebesar 16.7 % dari 1 sampel. Kelompok berpendapatan tinggi mempunyai pengeluaran kesehatan diatas sedang dan tinggi masing-masingnya sebanyak 100 % dari 50% dari 6 sampel.

Hasil perhitungan *Pearson Chi Square* dari jaminan pembiayaan JPK/PNS Pensiun, untuk hubungan pendapatan dan pengeluaran kesehatan rumah tangga adalah 8.342 yang lebih kecil dari nilai chi square tabel 12.592 ($df = 6$, $\alpha = 5\%$), yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pendapatan rumah tangga dan pengeluaran kesehatan pada jaminan pembiayaan Tunjangan dari Perusahaan.

Grafik 5.8 Tersedia jaminan pembiayaan = JPK MM/Kartu sehat/JPK Gakin/Kartu miskin



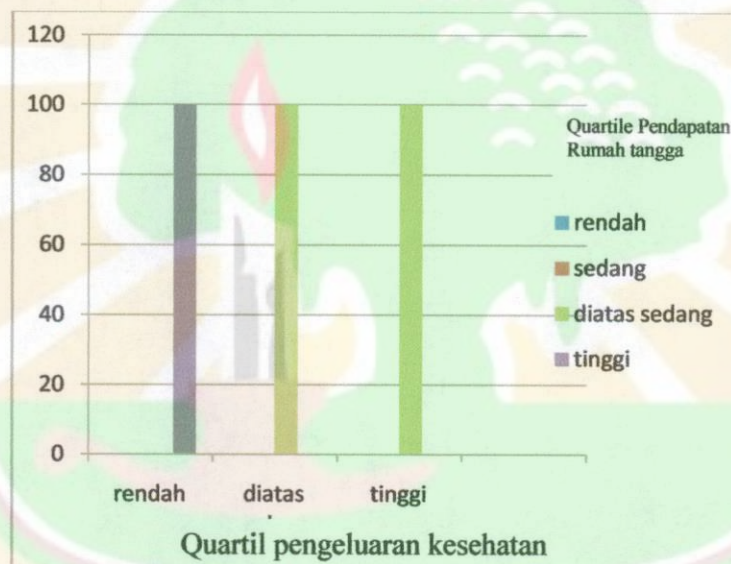
Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

Memperhatikan hubungan pendapatan rumah tangga dan pengeluaran untuk kesehatan pada jaminan pembiayaan JPK MM/Kartu sehat/JPK Gakin/Kartu miskin, terlihat bahwa kelompok pendapatan rendah mempunyai pengeluaran kesehatan kecil lebih banyak yaitu 32.5% dari 274 sampel dibandingkan kelompok pendapatan lainnya. Demikian pula pada kelompok pendapatan sedang mempunyai pengeluaran kesehatan rendah dan diatas sedang masing-masingnya sebesar 16.4% dan 14.9%. Kelompok pendapatan diatas sedang memiliki pengeluaran kesehatan yang relatif seimbang pada empat kuantil

pengeluaran kesehatan. Kelompok berpendapatan tinggi mempunyai pengeluaran kesehatan tinggi sebanyak 32.2 % dari 322 sampel.

Hasil perhitungan *Pearson Chi Square* dari jaminan pembiayaan JPK/PNS Pensiun, untuk hubungan pendapatan dan pengeluaran kesehatan rumah tangga adalah 34.192 yang lebih besar dari nilai chi square tabel 16.919 ($df = 9$, $\alpha = 5\%$), yang artinya ada hubungan yang signifikan antara pendapatan rumah tangga dan pengeluaran kesehatan pada jaminan pembiayaan JPK MM/Kartu sehat/JPK Gakin/Kartu miskin.

Grafik 5.9 Tersedia jaminan pembiayaan = JPK Jamsostek



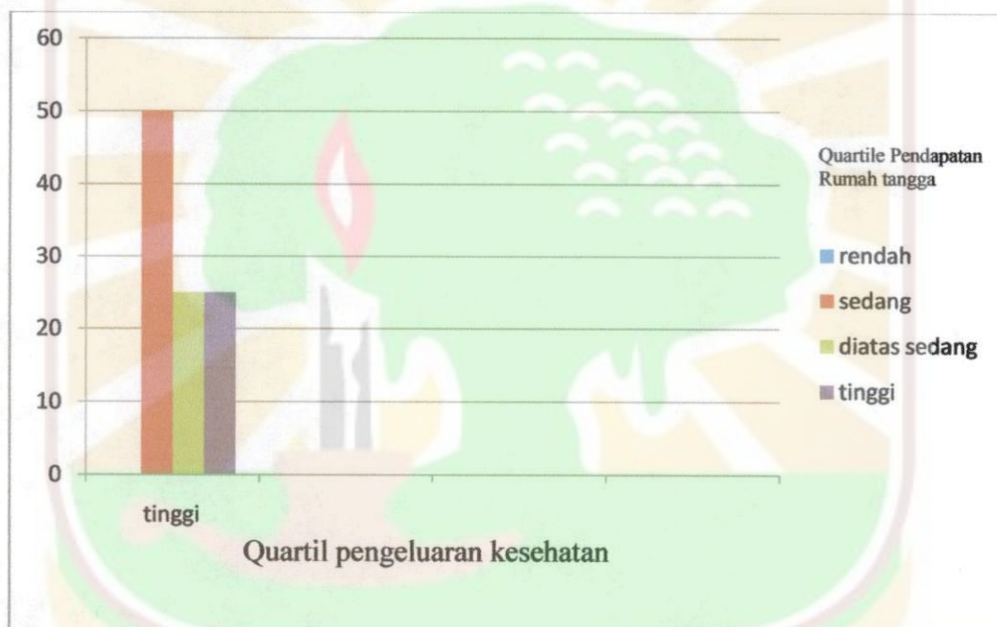
Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

Memperhatikan hubungan pendapatan rumah tangga dan pengeluaran untuk kesehatan pada jaminan pembiayaan JPK Jamsostek, terlihat bahwa kelompok pendapatan rendah dan sedang tidak ada yang mempunyai pengeluaran kesehatan rendah dan sedang. Kelompok pendapatan diatas sedang hanya memiliki pengeluaran kesehatan diatas sedang dan tinggi masing-masingnya 100% dari 1 sampel yang tersedia pada masing-masing kelompok pengeluaran

kesehatan. Sedangkan kelompok berpendapatan tinggi mempunyai pengeluaran kesehatan rendah sebanyak 100 % dari 1 sampel.

Hasil perhitungan *Pearson Chi Square* dari jaminan JPK Jamsostek, untuk hubungan pendapatan dan pengeluaran kesehatan rumah tangga adalah 3.000 yang lebih kecil dari nilai chi square tabel 5.991 ($df = 2$, $\alpha = 5\%$), yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pendapatan rumah tangga dan pengeluaran kesehatan pada jaminan pembiayaan JPK Jamsostek.

Grafik 5.10 Tersedia Jaminan Pembiayaan = Asuransi Kesehatan Swasta

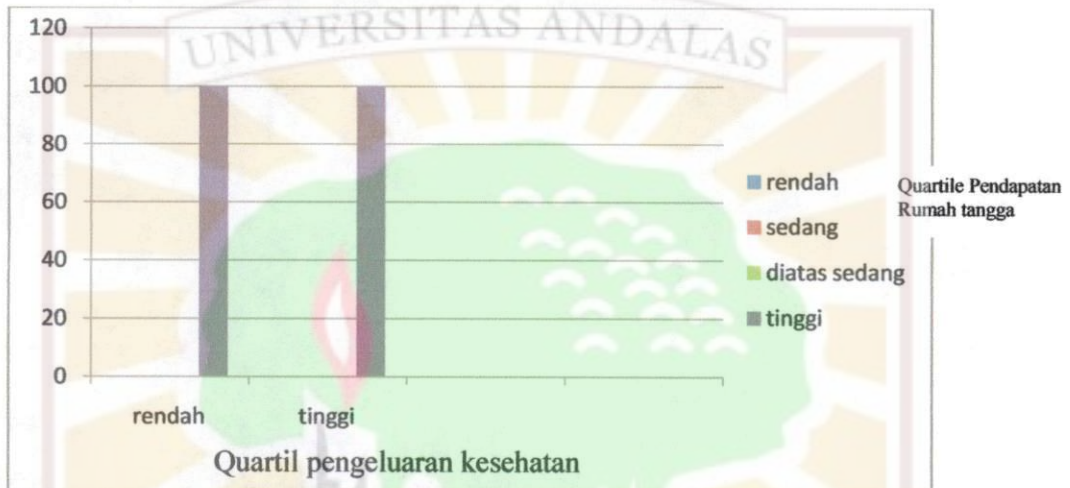


Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

Memperhatikan hubungan pendapatan rumah tangga dan pengeluaran untuk kesehatan pada jaminan pembiayaan Asuransi Kesehatan Swasta, terlihat bahwa hanya ada pada kelompok pengeluaran kesehatann tinggi, yaitu kelompok pendapatan sedang, diatas sedang dan tinggi masing-masingnya mempunyai pengeluaran kesehatan sebesar 50%, 25%, dan 25% dari 4 sampel yang tersedia.

Hasil perhitungan *Pearson Chi Square* dari jaminan pembiayaan Asuransi Kesehatan Swasta, untuk hubungan pendapatan dan pengeluaran kesehatan rumah tangga tidak dapat dianalisis karena data yang tersedia tidak relevan untuk melihat hubungan antara pendapatann dan pengeluaran kesehatan pada jaminan pembiayaan dari asuransi kesehatan swasta.

Grafik 5.11 Tersedia jaminan pembiayaan = JDana Sehat

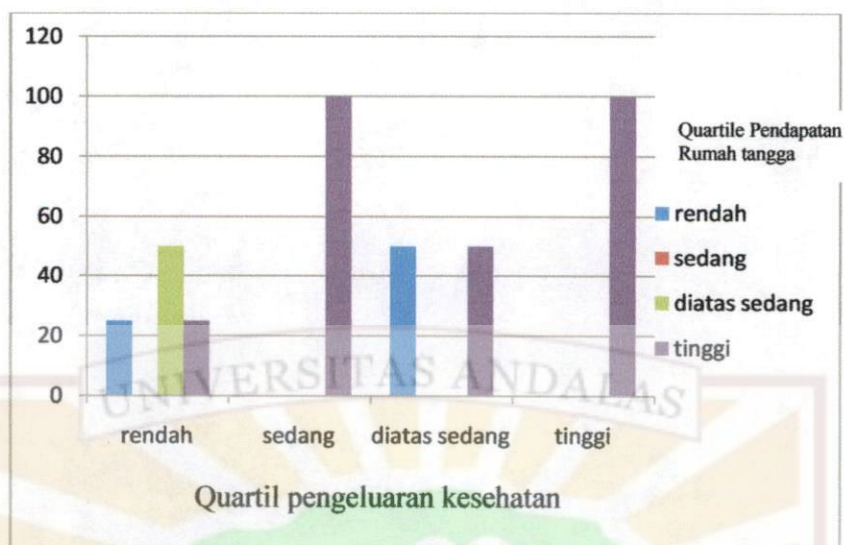


Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

Memperhatikan hubungan pendapatan rumah tangga dan pengeluaran untuk kesehatan pada jaminan pembiayaan JDana Sehat, terlihat bahwa kelompok pendapatan rumah tangga yang ada pada jaminan pembiayaan JDana Sehat hanya pada kelompok pendapatan rumah tangga tinggi dan mempunyai pengeluaran kesehatan rendah dan tinggi, masing-masingnya 100% dari 2 sampel.

Hasil perhitungan *Pearson Chi Square* dari jaminan pembiayaan JDana Sehat, untuk hubungan pendapatan dan pengeluaran kesehatan rumah tangga tidak dapat dianalisis karena data yang tersedia tidak relevan untuk melihat hubungan antara pendapatan dan pengeluaran kesehatan pada jaminan pembiayaan dari JDana Sehat.

Grafik 5.12 Tersedia jaminan pembiayaan = JPKM/JPK lainnya



Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

Memperhatikan hubungan pendapatan rumah tangga dan pengeluaran untuk kesehatan pada jaminan pembiayaan JPKM/JPK lainnya, terlihat bahwa kelompok pendapatan rendah mempunyai pengeluaran kesehatan kecil yaitu 25% dari 4 sampel. Namun pada kelompok pendapatan sedang tidak ada pengeluaran kesehatan. Kelompok pendapatan diatas sedang memiliki pengeluaran kesehatan rendah sebesar 50 % . Kelompok berpendapatan tinggi mempunyai pengeluaran kesehatan tinggi sebanyak 100 % dari 2 sampel.

Hasil perhitungan *Pearson Chi Square* dari jaminan pembiayaan JPKM/JPK lainnya, untuk hubungan pendapatan dan pengeluaran kesehatan rumah tangga adalah 5.625 yang lebih kecil dari nilai chi square tabel 12.592 ($df = 6, \alpha = 5\%$), yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pendapatan rumah tangga dan pengeluaran kesehatan pada jaminan pembiayaan JPKM/JPK lainnya

5.2. Ringkasan Temuan

Dilihat dari jenis asuransi yang digunakan, maka temuan yang diperoleh adalah :

1. Askeskin

Sebagian besar kartu pelayanan gratis Askeskin digunakan oleh masyarakat yang berpendapatan tinggi dengan pengeluaran kesehatan tinggi. Hal ini membuktikan bahwa pola pembiayaan masyarakat berpendapatan rendah pun belum mendapatkan pelayanan kesehatan yang seharusnya didapatkan dari asuransi Askeskin. Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti faktor jarak atau tempat tinggal masyarakat berpendapatan rendah dimana pada umumnya tinggal jauh dari pusat layanan kesehatan, dan juga dipengaruhi oleh faktor kesadaran masyarakat yang masih rendah terhadap tingkat kesehatannya.

2. Kartu pelayanan gratis KKB

Sebagian besar kartu pelayanan gratis KKB lebih banyak dinikmati oleh kelompok berpendapatan sedang dan diatas sedang, hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian, yang merupakan data yang diolah dari data Susenas 2007.

3. Kartu Sehat

Kartu Sehat merupakan salah satu bentuk komitmen pemerintah untuk meningkatkan mutu kesehatan khususnya untuk masyarakat tidak mampu (miskin). Pada umumnya yang menggunakan kartu sehat pada penelitian ini adalah kelompok pengeluaran kesehatan rendah dengan pendapatan rendah dan kelompok pengeluaran kesehatan diatas sedang dengan pendapatan diatas

sedang. Dan ada pula masyarakat berpendapatan tinggi yang menggunakan kartu sehat ini untuk pengeluaran kesehatan yang tinggi.

4. Kartu Pelayanan Kesehatan Gratis Lainnya

Dari beberapa kartu pelayanan kesehatan diatas, masih ada jenis kartu pelayanan kesehatan gratis yang dikelompokkan menjadi kartu pelayanan kesehatan gratis lainnya. Pada kartu pelayanan kesehatan gratis lainnya ini, yang juga didapatkan dari data Susenas, didapat kesimpulan bahwa kartu pelayanan kesehatan gratis lainnya ini lebih banyak digunakan oleh pendapatan diatas sedang dan tinggi.

Jika diperhatikan pada fokus tersedianya jaminan pembiayaan, maka temuan yang diperoleh adalah :

1. Jaminan pembiayaan PNS/Pensiun

Pada jaminan pembiayaan PNS/Pensiun, kelompok pengeluaran kesehatan rendah lebih banyak dinikmati oleh kelompok pendapatan rendah dan tinggi. Proporsi PNS/Pensiun yang pengeluaran kesehatannya sedang, diatas sedang dan tinggi lebih banyak pada kelompok pendapatan diatas sedang dan tinggi. Kenyataan ini mengindikasikan bahwa PNS/Pensiun telah memiliki pengetahuan yang baik tentang pentingnya kesehatan, dan juga dipengaruhi oleh faktor letak jenis pelayanan kesehatan yang dekat dari tempat PNS/Pensiun tinggal.

2. Jaminan pembiayaan JPKM/JPK lainnya

Pada jaminan pembiayaan JPKM/JPK lainnya, kelompok pengeluaran kesehatan rendah lebih banyak dinikmati oleh kelompok pendapatan diatas

sedang. Proporsi JPKM/JPK lainnya yang pengeluaran kesehatannya sedang dan diatas sedang banyak pada kelompok pendapatan tinggi.

3. Jaminan Pembiayaan Perusahaan

Pada jaminan pembiayaan perusahaan, relatif banyak digunakan oleh kelompok pendapatan tinggi dan diatas sedang. Sedangkan pada kelompok rumah tangga yang pendapatannyarendah, tidak ada yang menggunakan jaminan pembiayaan perusahaan sebagai jaminan pembiayaan.

4. Jaminan Pembiayaan JPK/MM/Kartu Sehat/Gakin/ Kartu miskin

Pada jaminan pembiayaan JPK/MM/Kartu Sehat/Gakin/ Kartu miskin, relatif banyak digunakan oleh kelompok pendapatan diatas sedang pada semua tingkat pengeluaran kesehatan.

5. Jaminan Pembiayaan JPK Jamsostek

Pada jaminan pembiayaan JPK Jamsostek relatif besar digunakan oleh rumah tangga berpendapatan sedang dan tinggi.

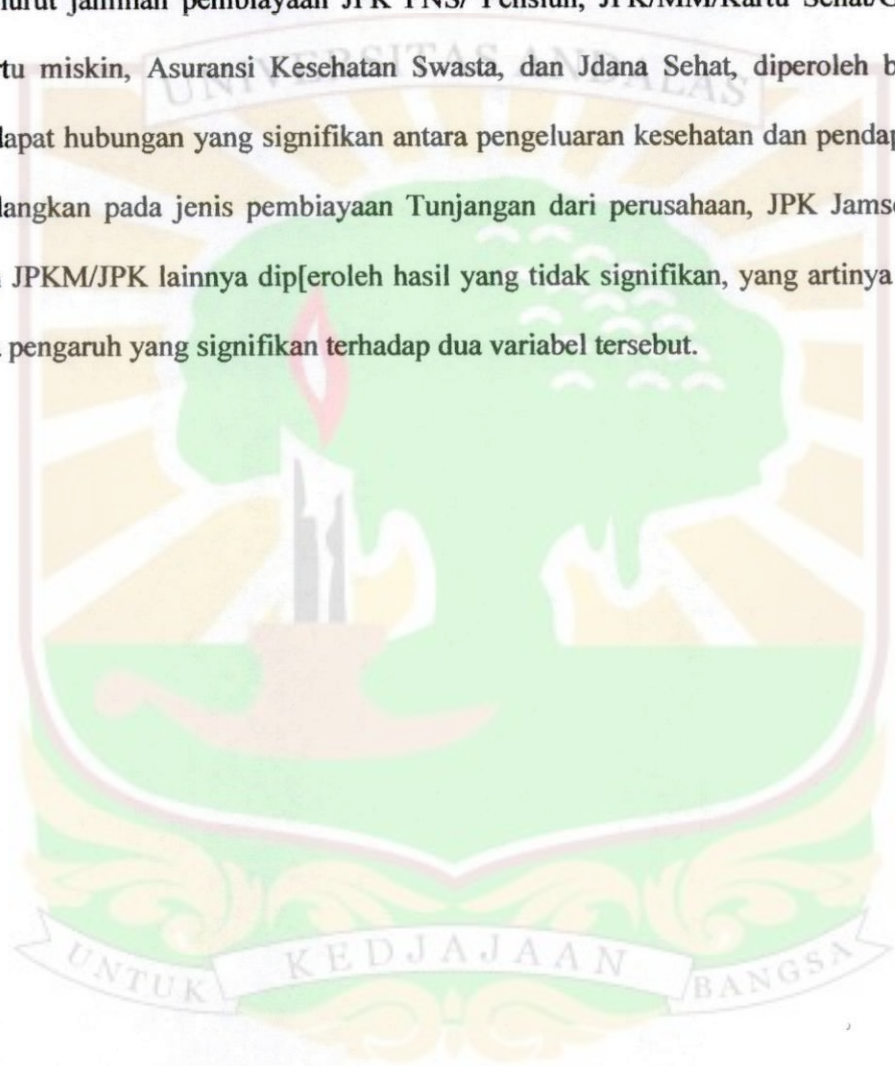
6. Jaminan Pembiayaan Jdana Sehat

Dan pada jaminan pembiayaan Jdana Sehat relatif banyak digunakan oleh masyarakat berpendapatan tinggi. Pada jaminan pembiayaan Asuransi kesehatan swasta, pengeluaran kesehatan hanya ada pada pengeluaran kesehatan tinggi.

Hubungan antara variabel pendapatan rumah tangga dan pengeluaran kesehatan juga di dukung oleh hasil uji statistik *chi square*. Pada fokus hubungan pendapatan rumah tangga di Propinsi Sumatera barat menurut jenis asuransi yang digunakan, didapatkan hasil yang signifikan pada Akeskin, Kartu Sehat dan

Lainnya, hal ini berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara kedua variabel tersebut. Sedangkan pada jenis asuransi KKB, terdapat hubungan yang tidak signifikan, yang berarti tidak ada hubungan antar pengeluaran kesehatan dengan pendapatan masyarakat pada asuransi KKB.

Pada fokus hubungan pendapatan rumah tangga di Propinsi Sumatera barat menurut jaminan pembiayaan JPK PNS/ Pensiun, JPK/MM/Kartu Sehat/Gakin/ Kartu miskin, Asuransi Kesehatan Swasta, dan Jdana Sehat, diperoleh bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengeluaran kesehatan dan pendapatan. Sedangkan pada jenis pembiayaan Tunjangan dari perusahaan, JPK Jamsostek, dan JPKM/JPK lainnya diperoleh hasil yang tidak signifikan, yang artinya tidak ada pengaruh yang signifikan terhadap dua variabel tersebut.



BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya dapat ditarik kesimpulan akhir yang merupakan inti dari hasil penelitian ini yaitu:

1. Adanya hubungan pendapatan rumah tangga dan pengeluaran untuk kesehatan menggunakan uji statistik Chi Square pada beberapa jenis asuransi yang digunakan, seperti pada Askeskin, Kartu Sehat dan Lainnya, dan pada jaminan pembiayaan JPK PNS/ Pensiun, JPK/MM/Kartu Sehat/Gakin/ Kartu miskin, Asuransi Kesehatan Swasta, dan Jdana Sehat dapat digunakan sebagai indikator menentukan target group program pembangunan sosial bidang kesehatan.
2. Karakteristik target group program pembangunan sosial bidang kesehatan berdasarkan data Susenas 2007 di Provinsi Sumatera Barat adalah rumah tangga yang berpendapatan kecil sama Rp 804360 dan rumah tangga berpendapatan antara Rp804360 sampai Rp 1154476, yang termasuk dalam kelompok pendapatan lower income 50% yang belum menggunakan layanan kesehatan bersubsidi, atau belum menyentuh layanan kesehatan. Namun tidak semua mereka yang mempunyai pengeluaran kesehatan yang rendah, ada diantara mereka yang mempunyai pengeluaran kesehatan diatas sedang dan tinggi sehingga di Sumatera Barat rumah tangga yang dijadikan target group program pembangunan sosial bidang kesehatan adalah yang mereka yang berpendapatan rendah dan sedang.

3. Apabila lebih diutamakan kelompok pendapatan 25% terendah atau rumah tangga yang berpendapatan kecil dari Rp 804360 yang benar-benar memiliki pengeluaran kesehatan rendah yang jumlahnya kurang lebih 31.3% di Sumatera Barat dari 7409 sampel, maka subsidi pemerintah pada bidang kesehatan untuk masyarakat kurang mampu dapat tepat sasaran.

6.2 Saran

1. Temuan ini memberikan implikasi bahwa mengutamakan pemberian bantuan program kepada rumah tangga berpendapatan kecil dari Rp 1154476, bertempat tinggal dipedesaan, yang sulit terjangkau oleh fasilitas pelayanan kesehatan, dan mempunyai informasi yang terbatas tentang jenis pelayanan yang ada sebagai target group, karena mereka dianggap rumah tangga yang beresiko tinggi tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang ditetapkan pemerintah sehingga dana program yang tersedia lebih tepat sasaran dan mereka tidak menarik diri dari mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Diperolehnya karakteristik target group juga memungkinkan dilakukan pendataan terhadap siapa saja yang termasuk kelompok ini dari keseluruhan penduduk yang ada di Sumatera Barat yang kemudian diberikan suatu tanda pengenal khusus sebagai penerima program layanan kesehatan bersubsidi.
3. Pemberian subsidi seperti dalam bentuk subsidi pemerintah sebagai pembeli untuk mereka yang mendapatkan pelayanan dari sistem layanan kesehatan yang ada sehingga mereka tidak ragu-ragu atau menunda memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia. Atau dengan kata lain adalah membebaskan mereka dari biaya yang mesti mereka bayar langsung.

DAFTAR PUSTAKA

- Alderman, and Victor Lavy. (1996). *Household Response to Public Health Service : Cost and Quality Trade Offs*. The World Bank Research Observer. Vol 11. No. 1. Washington D.C.USA
- Booth. (1999). *Survey of Recent Development*. Bulletin of Indonesian Economic Studies. Vol 35. No.3
- Djojosugitjo. (2001), *Kebijakan Pemerintah Dalam Pelayanan Kesehatan Menyongsong AFTA 2003*, Pusat Data dan Informasi PERSI, Jakarta
- Elfindri. (2003), *Ekonomi Layanan Kesehatan*. Andalas University Press, Padang
- Elfindri. (1995) *The Differentials in Child Nutritional Outcome in Rural West Java, Indonesia*.
- Gani, Ascobat. (1994). *Aspek Ekonomi Pelayanan Kesehatan*. Cerminan dunia kedokteran. Eds. Khusus No. 90
- Damodar, Gujarati. (1999), *Ekonometrika dasar*. Erlangga: jakarta
- Kaspar, Jessica. (2003), *Demand for Medical Care by Family Members of the Mentally Ill* Virginia Wilcox-Gök, Department of Economics, Northern Illinois University
- Laksono, Trisantoro. (2005) *Good Governance dan Sistem Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Surabaya
- Siddik, Mahfud. (2002), *Dana Alokasi Umum – Konsep Hambatan, dan Prospek di Era Otonomi Daerah*. Kompas Media Nusantara: Jakarta

Miller, Roger Le Roy. (1986), *Teori Mikro Ekonomi Intermediet (terjemahan)*.

Haris Munandar. PT Raja Grafindo Persada. 2000. Jakarta

Nacrowi. (2005). *Penggunaan Teknik Ekonometri*. Jakarta: PT Rajagrafindo

Persada

Simanjuntak, P.J. (1998), *Ekonomi Sumber Daya Manusia*. Edisi kedua. Jakarta:

FE-UI

Sulastomo. (1997), *Asuransi Kesehatan Dan Managed Care*, Jakarta: PT Asuransi

Kesehatan Indonesia

Tjiptiherijanto, P dan Budi Soesetyo. (1994) *Ekonomi Kesehatan*. Rineka Cipta

Jakarta

Thompson, Frank. (1989) *Handbook of Public Administration*. San Fransisco:
Josey-Bass

Puskom.depkes@gmail.com

www.indoskripsi.com. (2008), *Pelayanan dan Kepuasan*



Lampiran 1 Tabel Frekuensi Pengeluaran Kesehatan

Statistics

Pengeluaran Kesehatan

N	Valid	7409
	Missing	3663
Mean		66495.13
Std. Error of Mean		2657.268
Median		20000.00
Mode		10000
Std. Deviation		228725.831
Variance		5231550557
Skewness		6.958
Std. Error of Skewness		12.314
Kurtosis		.028
Std. Error of Kurtosis		202.050
Range		.057
Minimum		5059600
Maximum		400
Sum		5060000
Percentiles		492662400
	20	9500.00
	25	10000.00
	40	15000.00
	50	20000.00
	60	30000.00
	75	50000.00
	80	60000.00

Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

**Lampiran 2 Table Frekuensi Pendapatan Rumah Tangga
Statistics**

Pendapatan Rumah Tangga

N	Valid	11072
	Missing	0
Mean		1336947.97
Std. Error of Mean		7985.638
Median		1154475.50
Mode		787345(a)
Std. Deviation		840277.365
Variance		706066049427.033
Skewness		4.140
Std. Error of Skewness		.023
Kurtosis		64.835
Std. Error of Kurtosis		.047
Range		22581392
Minimum		124900
Maximum		22706292
Sum		14802687908
Percentiles	20	732979.60
	25	804360.00
	40	1007276.20
	50	1154475.50
	60	1316133.40
	75	1668240.75
	80	1822143.20

Sumber: BPS, Sumbar (data diolah) tahun 2007

			Propinsi	
			Sumatera Barat	Total
kuartil pengeluaran kesehatan	rendah	Count	2228	2228
		% within kuartil pengeluaran kesehatan	100.0%	100.0%
		% within Propinsi	30.1%	30.1%
		% of Total	30.1%	30.1%
		Residual	.0	
		Adjusted Residual	.	
	sedang	Count	1620	1620
		% within kuartil pengeluaran kesehatan	100.0%	100.0%
		% within Propinsi	21.9%	21.9%
		% of Total	21.9%	21.9%
		Residual	.0	
		Adjusted Residual	.	
	diatas sedang	Count	917	917
		% within kuartil pengeluaran kesehatan	100.0%	100.0%
		% within Propinsi	12.4%	12.4%
		% of Total	12.4%	12.4%
		Residual	.0	
		Adjusted Residual	.	
	tinggi	Count	2644	2644
		% within kuartil pengeluaran kesehatan	100.0%	100.0%
		% within Propinsi	35.7%	35.7%
		% of Total	35.7%	35.7%
		Residual	.0	
		Adjusted Residual	.	
Total			7409	7409
			100.0%	100.0%
			100.0%	100.0%
			100.0%	100.0%

Lampiran 4 **kuartil pendapatan rumah tangga * Propinsi Crosstabulation**

			Propinsi	
			Sumatera Barat	Total
kuartil pendapatan rumah tangga	rendah	Count	2768	2768
		% within kuartil pendapatan rumah tangga	100.0%	100.0%
		% within Propinsi	25.0%	25.0%
		% of Total	25.0%	25.0%
		Residual	.0	
		Adjusted Residual	.	
	sedang	Count	1661	1661
		% within kuartil pendapatan rumah tangga	100.0%	100.0%
		% within Propinsi	15.0%	15.0%
		% of Total	15.0%	15.0%
		Residual	.0	
		Adjusted Residual	.	
	diatas sedang	Count	3875	3875
		% within kuartil pendapatan rumah tangga	100.0%	100.0%
		% within Propinsi	35.0%	35.0%
		% of Total	35.0%	35.0%
		Residual	.0	
		Adjusted Residual	.	
	tinggi	Count	2768	2768
		% within kuartil pendapatan rumah tangga	100.0%	100.0%
		% within Propinsi	25.0%	25.0%
		% of Total	25.0%	25.0%
		Residual	.0	
		Adjusted Residual	.	
Total		Count	11072	11072
		% within kuartil pendapatan rumah tangga	100.0%	100.0%
		% within Propinsi	100.0%	100.0%
		% of Total	100.0%	100.0%

Lampiran 5 kuartil pengeluaran kesehatan * kuartil pendapatan rumah tangga * Propinsi Crosstabulation

Propinsi				kuartil pendapatan rumah tangga				Total
				rendah	sedang	diatas sedang	tinggi	
Sumatera Barat	kuartil pengeluaran kesehatan	rendah	Count	697	351	755	425	2228
			% within kuartil pengeluaran kesehatan	31.3%	15.8%	33.9%	19.1%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga	41.2%	33.1%	28.4%	21.2%	30.1%
			% of Total	9.4%	4.7%	10.2%	5.7%	30.1%
			Residual	188.2	31.6	-43.1	-176.7	
			Adjusted Residual	11.4	2.3	-2.3	-10.1	
	sedang		Count	422	290	580	328	1620
			% within kuartil pengeluaran kesehatan	26.0%	17.9%	35.8%	20.2%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga	24.9%	27.3%	21.9%	16.4%	21.9%
			% of Total	5.7%	3.9%	7.8%	4.4%	21.9%
			Residual	52.0	57.8	-.3	-109.5	
			Adjusted Residual	3.5	4.6	.0	-6.9	
	diatas sedang		Count	197	143	339	238	917
			% within kuartil pengeluaran kesehatan	21.5%	15.6%	37.0%	26.0%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga	11.6%	13.5%	12.8%	11.9%	12.4%
			% of Total	2.7%	1.9%	4.6%	3.2%	12.4%
			Residual	-12.4	11.6	10.5	-9.7	
			Adjusted Residual	-1.0	1.2	.8	-.8	

Lampiran 5 kuartil pengeluaran kesehatan * kuartil pendapatan rumah tangga * Propinsi Crosstabulation

Propinsi				kuartil pendapatan rumah tangga				Total
				rendah	sedang	diatas sedang	tinggi	
Sumatera Barat	kuartil pengeluaran kesehatan	tinggi	Count	376	278	980	1010	2644
			% within kuartil pengeluaran kesehatan	14.2%	10.5%	37.1%	38.2%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga	22.2%	26.2%	36.9%	50.5%	35.7%
			% of Total	5.1%	3.8%	13.2%	13.6%	35.7%
			Residual	-227.8	-101.0	32.9	295.9	
			Adjusted Residual	-13.2	-7.0	1.7	16.2	
	Total		Count	1692	1062	2654	2001	7409
		% within kuartil pengeluaran kesehatan	22.8%	14.3%	35.8%	27.0%	100.0%	
		% within kuartil pendapatan rumah tangga	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	22.8%	14.3%	35.8%	27.0%	100.0%	



Lampiran 6 kuartil pengeluaran kesehatan * kuartil pendapatan rumah tangga * Propinsi * jenis kartu yang digunakan Crosstabulation

jenis kartu yang digunakan	Propinsi	kuartil pengeluaran kesehatan		kuartil pendapatan rumah tangga				Total
				rendah	sedang	diatas sedang	tinggi	
Askeskin	Sumatera Barat	rendah	Count	95	57	88	30	270
			% within kuartil pengeluaran kesehatan	35.2%	21.1%	32.6%	11.1%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga	44.8%	44.2%	34.6%	27.8%	38.4%
			% of Total	13.5%	8.1%	12.5%	4.3%	38.4%
			Residual	13.6	7.5	-9.6	-11.5	
			Adjusted Residual	2.3	1.5	-1.5	-2.5	
		sedang	Count	44	30	56	18	148
			% within kuartil pengeluaran kesehatan	29.7%	20.3%	37.8%	12.2%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga	20.8%	23.3%	22.0%	16.7%	21.1%
			% of Total	6.3%	4.3%	8.0%	2.6%	21.1%
			Residual	-.6	2.8	2.5	-4.7	
			Adjusted Residual	-.1	.7	.5	-1.2	
		diatas sedang	Count	25	11	30	11	77
			% within kuartil pengeluaran kesehatan	32.5%	14.3%	39.0%	14.3%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga	11.8%	8.5%	11.8%	10.2%	11.0%
			% of Total	3.6%	1.6%	4.3%	1.6%	11.0%
			Residual	1.8	-3.1	2.2	-.8	
			Adjusted Residual	.5	-1.0	.5	-.3	

Lampiran 6 quartil pengeluaran kesehatan * quartil pendapatan rumah tangga * Propinsi * jenis kartu yang digunakan Crosstabulation

jenis kartu yang digunakan	Propinsi				quartil pendapatan rumah tangga				Total
					rendah	sedang	dias atas sedang	tinggi	
Askeskin	Sumatera Barat	quartil pengeluaran kesehatan	tinggi	Count	48	31	80	49	208
				% within quartil pengeluaran kesehatan	23.1%	14.9%	38.5%	23.6%	100.0%
				% within quartil pendapatan rumah tangga	22.6%	24.0%	31.5%	45.4%	29.6%
				% of Total	6.8%	4.4%	11.4%	7.0%	29.6%
				Residual	-14.7	-7.2	4.8	17.0	
				Adjusted Residual	-2.7	-1.5	.8	3.9	
		Total		Count	212	129	254	108	703
KKB	Sumatera Barat	quartil pengeluaran kesehatan	rendah	% within quartil pengeluaran kesehatan	30.2%	18.3%	36.1%	15.4%	100.0%
				% within quartil pendapatan rumah tangga	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
				% of Total	30.2%	18.3%	36.1%	15.4%	100.0%
				Count	4	2	6	3	15
				% within quartil pengeluaran kesehatan	26.7%	13.3%	40.0%	20.0%	100.0%
				% within quartil pendapatan rumah tangga	28.6%	20.0%	26.1%	23.1%	25.0%
				% of Total	6.7%	3.3%	10.0%	5.0%	25.0%
				Residual	.5	-.5	.3	-.3	
				Adjusted Residual	.4	-.4	.2	-.2	

Lampiran 6 **kuartil pengeluaran kesehatan * kuartil pendapatan rumah tangga * Propinsi * jenis kartu yang digunakan Crosstabulation**

jenis kartu yang digunakan	Propinsi	kuartil pengeluaran kesehatan			kuartil pendapatan rumah tangga				Total
					rendah	sedang	dias atas sedang	tinggi	
KKB	Sumatera Barat	sedang	Count		4	2	6	2	14
			% within kuartil pengeluaran kesehatan		28.6%	14.3%	42.9%	14.3%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga		28.6%	20.0%	26.1%	15.4%	23.3%
			% of Total		6.7%	3.3%	10.0%	3.3%	23.3%
			Residual		.7	-.3	.6	-1.0	
			Adjusted Residual		.5	-.3	.4	-.8	
		dias atas sedang	Count		2	0	5	5	12
			% within kuartil pengeluaran kesehatan		16.7%	.0%	41.7%	41.7%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga		14.3%	.0%	21.7%	38.5%	20.0%
			% of Total		3.3%	.0%	8.3%	8.3%	20.0%
			Residual		-.8	-2.0	.4	2.4	
			Adjusted Residual		-.6	-1.7	.3	1.9	
		tinggi	Count		4	6	6	3	19
			% within kuartil pengeluaran kesehatan		21.1%	31.6%	31.6%	15.8%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga		28.6%	60.0%	26.1%	23.1%	31.7%
			% of Total		6.7%	10.0%	10.0%	5.0%	31.7%
			Residual		-.4	2.8	-1.3	-1.1	
			Adjusted Residual		-.3	2.1	-.7	-.8	

Lampiran 6 kuartil pengeluaran kesehatan * kuartil pendapatan rumah tangga * Propinsi * jenis kartu yang digunakan Crosstabulation

jenis kartu yang digunakan	Propinsi			kuartil pendapatan rumah tangga				Total	
				rendah	sedang	diatas sedang	tinggi		
KKB	Sumatera Barat	Total	Count	14	10	23	13	60	
			% within kuartil pengeluaran kesehatan	23.3%	16.7%	38.3%	21.7%	100.0%	
			% within kuartil pendapatan rumah tangga	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
			% of Total	23.3%	16.7%	38.3%	21.7%	100.0%	
Kartu sehat	Sumatera Barat	kuartil pengeluaran kesehatan	rendah	Count	39	18	36	11	104
				% within kuartil pengeluaran kesehatan	37.5%	17.3%	34.6%	10.6%	100.0%
				% within kuartil pendapatan rumah tangga	47.0%	35.3%	32.1%	21.2%	34.9%
				% of Total	13.1%	6.0%	12.1%	3.7%	34.9%
				Residual	10.0	.2	-3.1	-7.1	
				Adjusted Residual	2.7	.1	-.8	-2.3	
		sedang	Count	23	10	22	10	65	
			% within kuartil pengeluaran kesehatan	35.4%	15.4%	33.8%	15.4%	100.0%	
			% within kuartil pendapatan rumah tangga	27.7%	19.6%	19.6%	19.2%	21.8%	
			% of Total	7.7%	3.4%	7.4%	3.4%	21.8%	
			Residual	4.9	-1.1	-2.4	-1.3		
			Adjusted Residual	1.5	-.4	-.7	-.5		

Lampiran 6 kuartil pengeluaran kesehatan * kuartil pendapatan rumah tangga * Propinsi * jenis kartu yang digunakan Crosstabulation

jenis kartu yang digunakan	Propinsi	kuartil pengeluaran kesehatan			kuartil pendapatan rumah tangga				Total
					rendah	sedang	dias atas sedang	tinggi	
Kartu sehat	Sumatera Barat	diatas sedang	Count		6	11	13	6	36
			% within kuartil pengeluaran kesehatan		16.7%	30.6%	36.1%	16.7%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga		7.2%	21.6%	11.6%	11.5%	12.1%
			% of Total		2.0%	3.7%	4.4%	2.0%	12.1%
			Residual		-4.0	4.8	-5	-.3	
			Adjusted Residual		-1.6	2.3	-2	-.1	
		tinggi	Count		15	12	41	25	93
			% within kuartil pengeluaran kesehatan		16.1%	12.9%	44.1%	26.9%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga		18.1%	23.5%	36.6%	48.1%	31.2%
			% of Total		5.0%	4.0%	13.8%	8.4%	31.2%
			Residual		-10.9	-3.9	6.0	8.8	
			Adjusted Residual		-3.0	-1.3	1.6	2.9	
		Total	Count		83	51	112	52	298
			% within kuartil pengeluaran kesehatan		27.9%	17.1%	37.6%	17.4%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
			% of Total		27.9%	17.1%	37.6%	17.4%	100.0%

Lampiran 6 kuartil pengeluaran kesehatan * kuartil pendapatan rumah tangga * Propinsi * jenis kartu yang digunakan Crosstabulation

jenis kartu yang digunakan	Propinsi	kuartil pengeluaran kesehatan		kuartil pendapatan rumah tangga				Total
				rendah	sedang	diasat sedang	tinggi	
Lainnya	Sumatera Barat	rendah	Count	34	16	48	41	139
			% within kuartil pengeluaran kesehatan	24.5%	11.5%	34.5%	29.5%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga	44.7%	33.3%	25.9%	23.8%	28.9%
			% of Total	7.1%	3.3%	10.0%	8.5%	28.9%
			Residual	12.0	2.1	-5.5	-8.7	
			Adjusted Residual	3.3	.7	-1.1	-1.8	
		sedang	Count	16	10	39	31	96
			% within kuartil pengeluaran kesehatan	16.7%	10.4%	40.6%	32.3%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga	21.1%	20.8%	21.1%	18.0%	20.0%
			% of Total	3.3%	2.1%	8.1%	6.4%	20.0%
		diasat sedang	Count	7	10	18	21	56
			% within kuartil pengeluaran kesehatan	12.5%	17.9%	32.1%	37.5%	100.0%
			% within kuartil pendapatan rumah tangga	9.2%	20.8%	9.7%	12.2%	11.6%
			% of Total	1.5%	2.1%	3.7%	4.4%	11.6%
			Residual	-1.8	4.4	-3.5	1.0	
			Adjusted Residual	-7	2.1	-1.0	.3	

Lampiran 6 kuartil pengeluaran kesehatan * kuartil pendapatan rumah tangga * Propinsi * jenis kartu yang digunakan Crosstabulation

jenis kartu yang digunakan	Propinsi				kuartil pendapatan rumah tangga				Total
					rendah	sedang	diasat sedang	tinggi	
Lainnya	Sumatera Barat	kuartil pengeluaran kesehatan	tinggi	Count	19	12	80	79	190
				% within kuartil pengeluaran kesehatan	10.0%	6.3%	42.1%	41.6%	100.0%
				% within kuartil pendapatan rumah tangga	25.0%	25.0%	43.2%	45.9%	39.5%
				% of Total	4.0%	2.5%	16.6%	16.4%	39.5%
				Residual	-11.0	-7.0	6.9	11.1	
				Adjusted Residual	-2.8	-2.2	1.3	2.2	
				Total					
				Count	76	48	185	172	481
				% within kuartil pengeluaran kesehatan	15.8%	10.0%	38.5%	35.8%	100.0%
				% within kuartil pendapatan rumah tangga	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
				% of Total	15.8%	10.0%	38.5%	35.8%	100.0%

Lampiran 7 kuartil pengeluaran kesehatan * kuartil pendapatan rumah tangga Crosstabulation

			kuartil pendapatan rumah tangga				Total
			rendah	sedang	diatas sedang	tinggi	
kuartil pengeluaran kesehatan	rendah	Count	697	351	755	425	2228
		% within kuartil pengeluaran kesehatan	31.3%	15.8%	33.9%	19.1%	100.0%
		% within kuartil pendapatan rumah tangga	41.2%	33.1%	28.4%	21.2%	30.1%
		% of Total	9.4%	4.7%	10.2%	5.7%	30.1%
		Residual	188.2	31.6	-43.1	-176.7	
		Adjusted Residual	11.4	2.3	-2.3	-10.1	
	sedang	Count	422	290	580	328	1620
		% within kuartil pengeluaran kesehatan	26.0%	17.9%	35.8%	20.2%	100.0%
		% within kuartil pendapatan rumah tangga	24.9%	27.3%	21.9%	16.4%	21.9%
		% of Total	5.7%	3.9%	7.8%	4.4%	21.9%
		Residual	52.0	57.8	-.3	-109.5	
		Adjusted Residual	3.5	4.6	.0	-6.9	
	diatas sedang	Count	197	143	339	238	917
		% within kuartil pengeluaran kesehatan	21.5%	15.6%	37.0%	26.0%	100.0%
		% within kuartil pendapatan rumah tangga	11.6%	13.5%	12.8%	11.9%	12.4%
		% of Total	2.7%	1.9%	4.6%	3.2%	12.4%
		Residual	-12.4	11.6	10.5	-9.7	
		Adjusted Residual	-1.0	1.2	.8	-.8	

Lampiran 7 quartil pengeluaran kesehatan * quartil pendapatan rumah tangga Crosstabulation

			quartil pendapatan rumah tangga				Total
			rendah	sedang	diasat sedang	tinggi	
quartil pengeluaran kesehatan tinggi	Count		376	278	980	1010	2644
	% within quartil pengeluaran kesehatan		14.2%	10.5%	37.1%	38.2%	100.0%
	% within quartil pendapatan rumah tangga		22.2%	26.2%	36.9%	50.5%	35.7%
	% of Total		5.1%	3.8%	13.2%	13.6%	35.7%
	Residual		-227.8	-101.0	32.9	295.9	
	Adjusted Residual		-13.2	-7.0	1.7	16.2	
Total	Count		1692	1062	2654	2001	7409
	% within quartil pengeluaran kesehatan		22.8%	14.3%	35.8%	27.0%	100.0%
	% within quartil pendapatan rumah tangga		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		22.8%	14.3%	35.8%	27.0%	100.0%



Lampiran 8
 Hubungan Pendapatan Rumah Tangga Dan Pengeluaran Rumah Tangga di Propinsi Sumatera Barat

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	415.191(a)	9	.000
Likelihood Ratio	417.191	9	.000
Linear-by-Linear Association	372.668	1	.000
N of Valid Cases	7409		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 131.44.

Lampiran 9
 Hubungan Pendapatan Rumah Tangga Dan Pengeluaran Rumah Tangga di Propinsi Sumatera Barat Menurut Jenis Asuransi Yang Digunakan

Chi-Square Tests				
jenis kartu yang digunakan		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Askeskin	Pearson Chi-Square	24.178(a)	9	.004
	Likelihood Ratio	23.606	9	.005
	Linear-by-Linear Association	18.256	1	.000
	N of Valid Cases	703		
KKB	Pearson Chi-Square	8.426(b)	9	.492
	Likelihood Ratio	9.531	9	.390
	Linear-by-Linear Association	.004	1	.953
	N of Valid Cases	60		
Kartu sehat	Pearson Chi-Square	25.166(c)	9	.003
	Likelihood Ratio	24.941	9	.003
	Linear-by-Linear Association	18.330	1	.000
	N of Valid Cases	298		
Lainnya	Pearson Chi-Square	23.065(d)	9	.006
	Likelihood Ratio	22.505	9	.007
	Linear-by-Linear Association	15.828	1	.000
	N of Valid Cases	481		

- a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.83.
 b 13 cells (81.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.
 c 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.16.
 d 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.59.

**Hubungan Pendapatan Rumah Tangga Dan Pengeluaran Rumah
Tangga di Propinsi Sumatera Barat Menurut Jaminan Pembiayaan**

Chi-Square Tests

Tersedia jaminan pembiayaan dari JPK PNS/Pensiun		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Ya	Pearson Chi-Square	27.033(a)	9	.001
	Likelihood Ratio	27.012	9	.001
	Linear-by-Linear Association	16.741	1	.000
	N of Valid Cases	456		
Tidak	Pearson Chi-Square	392.721(b)	9	.000
	Likelihood Ratio	395.235	9	.000
	Linear-by-Linear Association	354.331	1	.000
	N of Valid Cases	6953		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.70.

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 124.75.

Chi-Square Tests

Tunjangan dari perusahaan		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Ya	Pearson Chi-Square	8.342(a)	6	.214
	Likelihood Ratio	9.685	6	.139
	Linear-by-Linear Association	.000	1	.983
	N of Valid Cases	13		
Tidak	Pearson Chi-Square	415.562(b)	9	.000
	Likelihood Ratio	417.494	9	.000
	Linear-by-Linear Association	372.651	1	.000
	N of Valid Cases	7396		

a 12 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .15.

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 131.14.

Chi-Square Tests

JPK MM/Kartu sehat/JPK Gakin/Kartu miskin		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Ya	Pearson Chi-Square	34.192(a)	9	.000
	Likelihood Ratio	34.905	9	.000
	Linear-by-Linear Association	30.691	1	.000
	N of Valid Cases	878		
tidak	Pearson Chi-Square	394.431(b)	9	.000
	Likelihood Ratio	395.889	9	.000
	Linear-by-Linear Association	343.485	1	.000
	N of Valid Cases	6531		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.08.

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 118.19.

Chi-Square Tests

JPK Jamsostek		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Ya	Pearson Chi-Square	3.000(a)	2	.223
	Likelihood Ratio	3.819	2	.148
	Linear-by-Linear Association	1.786	1	.181
	N of Valid Cases	3		
Tidak	Pearson Chi-Square	415.733(b)	9	.000
	Likelihood Ratio	417.759	9	.000
	Linear-by-Linear Association	373.209	1	.000
	N of Valid Cases	7406		

a 6 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .33.

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 131.35.

Chi-Square Tests

Asuransi Kesehatan Swasta		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Ya	Pearson Chi-Square	.(a)		
	N of Valid Cases	4		
Tidak	Pearson Chi-Square	415.687(b)	9	.000
	Likelihood Ratio	417.677	9	.000
	Linear-by-Linear Association	372.705	1	.000
	N of Valid Cases	7405		

a No statistics are computed because quartil pengeluaran kesehatan is a constant.

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 131.27.

Chi-Square Tests

JDana Sehat		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Ya	Pearson Chi-Square	.(a)		
	N of Valid Cases	2		
	Pearson Chi-Square	415.187(b)	9	.000
	Likelihood Ratio	417.195	9	.000
	Linear-by-Linear Association	372.891	1	.000
	N of Valid Cases	7407		

a No statistics are computed because quartil pendapatan rumah tangga is a constant.

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 131.48.

Chi-Square Tests

JPKM/JPK lainnya		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Ya	Pearson Chi-Square	5.625(a)	6	.466
	Likelihood Ratio	6.820	6	.338
	Linear-by-Linear Association	.653	1	.419
	N of Valid Cases	9		
Tidak	Pearson Chi-Square	414.940(b)	9	.000
	Likelihood Ratio	416.877	9	.000
	Linear-by-Linear Association	372.464	1	.000
	N of Valid Cases	7400		

a 12 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .22.

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 131.31.